

APROXIMACIONES A LA SITUACIÓN DE SALUD EN ZONAS DE FRONTERA

LOS CASOS DE RÍO SANTIAGO (AMAZONAS) Y PURÚS (UCAYALI)

Cynthia Cárdenas
Leonardo Cortéz

Internews
SERVINDI

APROXIMACIONES A LA SITUACIÓN DE SALUD EN ZONAS DE FRONTERA

LOS CASOS DE RÍO SANTIAGO (AMAZONAS) Y PURÚS (UCAYALI)

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

La presente consultoría se elaboró a solicitud de SERVINDI con el objetivo de: 1) contar con un diagnóstico situacional actual sobre la problemática de la salud fronteriza de Perú y 2) recoger las demandas de prioridades de atención por parte del gobierno nacional y los gobiernos subnacionales. A fin de tener una primera aproximación a este asunto, se seleccionaron dos distritos que cumplieran con estos criterios: tener una frontera internacional y que en su ámbito resida población indígena amazónica.

Uno de los distritos escogidos fue Río Santiago, ubicado en la provincia de Condorcanqui, en la región Amazonas. El otro fue el distrito de Purús, ubicado en la provincia de Purús, en la región Ucayali. La elección de dichos distritos se dio por los siguientes motivos:

- Ambos son distritos que tienen una frontera internacional. En el caso de Río Santiago, limita por el norte con Ecuador. En el caso de Purús, limita por el este y el norte con Brasil.

- Ambos son distritos que concentran un alto porcentaje de población indígena. De acuerdo con el Censo Nacional de Población de 2017, el 90% de la población de Río Santiago y el 64% de la población de Purús se autoidentificó indígena amazónico.

- SERVINDI venía desarrollando algunos trabajos en estos distritos y se tenía contacto con líderes indígenas, representantes de organizaciones, funcionarios del sector salud y personas que trabajan en instituciones de la sociedad civil, lo cual permitiría identificar de manera más rápida a algunos actores claves en estas zonas y, con esto, facilitar el recojo de información.

- El recojo de información se podría realizar de manera híbrida (remota y presencial), por lo que era importante tener acceso a internet o señal telefónica para asegurar la realización de las entrevistas y el envío de la información recopilada en campo.

- Se podría comparar dos escenarios fronterizos distintos. Por un lado, en el ámbito del distrito de Purús hay una mayor diversidad de pueblos indígenas -10 según la Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios del Ministerio de Cultura -. Por otro lado, en Río Santiago hay una menor diversidad -en este distrito viven los pueblos Awajún y Wampis-, pero hay una mayor cantidad de población indígena -7326 según el último censo-.

La información fue recogida de manera presencial y de manera remota. Presencialmente se entrevistó a líderes indígenas, Agentes Comunitarios de Salud, autoridades locales y población en general, utilizando una ficha de recojo de información (Anexo N° 1). En total se entrevistaron a 12 personas, 6 por cada una de las zonas priorizadas. Las entrevistas se realizaron de manera remota, vía telefónica o a través de aplicativos de videollamada con funcionarios/as del sector Salud del nivel regional y provincial, así como con líderes indígenas y actores de la sociedad civil, utilizando una guía de entrevista (Anexo N° 2). Cabe notar, que esta es una primera aproximación a este tema y se presentan algunos hallazgos preliminares, pues el formato híbrido, en un contexto como el de los territorios amazónicos, en el que la presencialidad ya fue reestablecida, dificultó el recojo de información.

A continuación, se presentan los resultados de este estudio. En primer lugar, se presenta el contexto de los dos distritos priorizados para este diagnóstico. En la segunda parte, se presenta la oferta de salud en ambos distritos, precisando la cantidad de establecimientos de salud existentes en cada ámbito. En la tercera parte, se presentan los resultados del diagnóstico, de acuerdo con los principales temas identificados. Finalmente, se exponen algunas recomendaciones a tomar en cuenta para el trabajo en estas zonas.

1. APROXIMACIONES A LOS ÁMBITOS

1.1. Las zonas de frontera

El Perú comparte áreas de fronteras con cinco países: Ecuador, Chile, Colombia, Brasil y Bolivia. De los 9 departamentos ubicados en zonas de fronteras, 4 de ellos se encuentran en la Amazonía; Amazonas, Loreto, Madre de Dios y Ucayali. Las fronteras no son espacios homogéneos ni tienen las mismas características. Por ejemplo, las zonas de fronteras amazónicas se caracterizan por estar compuestas por provincias y distritos con grandes extensiones territoriales, pero con baja densidad poblacional y con una alta presencia de pueblos indígenas (CHOCANO, 2020). Algunos de los problemas generales existentes aquí son: la ausencia del Estado, la falta de saneamiento básico, la precariedad de los servicios públicos, la presencia de actividades ilícitas, altos índices de pobreza y pobreza extrema, y bajos índices de desarrollo humano. Estos aspectos colocan a las fronteras amazónicas en una situación de mayor vulnerabilidad.

La actual política de fronteras se caracteriza por buscar promover el desarrollo y la integración fronteriza. De acuerdo con la Ley Nº 29778[1], el desarrollo fronterizo es el proceso de satisfacer las necesidades básicas de esta población e incorporarlas a la dinámica del desarrollo nacional, mientras que la integración fronteriza contribuye a la sostenibilidad del desarrollo de los espacios de frontera. Para poder atender estos contextos, el Estado ha establecido la calificación de áreas criticas de fronteras; espacios que requieren atención prioritaria porque la situación de aislamiento, la exclusión, las necesidades básicas insatisfechas y pobreza en las que se encuentran están impidiendo su desarrollo (D.S 017-2013-RE). Cabe notar que la calificación de estos espacios no solo se debe al alto grado de vulnerabilidad en el que se encuentran sino también a la presencia o información de la existencia de pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, así como a la existencia de reservas territoriales para indígenas. Actualmente, 9 de las 10 áreas críticas de fronteras identificadas pertenecen a la parte amazónica[2].

En lo que respecta al ámbito de la salud, la oferta sanitaria estatal en las zonas de fronteras amazónicas se caracteriza por ser limitada, precaria y deficiente. Como señala, el director de programas de la Asociación ProPurús: “aquí son los mismos problemas de las demás fronteras, no hay personal, no hay medicina, los puestos de salud están muy alejados; es muy difícil para los indígenas acceder a los puestos de salud. Además, reciben malos tratos del personal que no habla su lengua, no entiende su cultura, y tiene nula formación en interculturalidad”.

Como respuesta a esta situación, se aprecia que, más allá de algunas medidas específicas, en el Ministerio de Salud (MINSA) no hay una política o programa sanitario para abordar de manera integral la atención en salud en las zonas de fronteras. Hasta el momento, principalmente se han impulsado acciones bilaterales en zonas fronterizas priorizadas, la organización de brigadas móviles, la implementación de servicios de telesalud y telemedicina[3]. Aunque recientemente la Cancillería anunció que el marco de la política de fronteras impulsará los servicios sanitarios en estas zonas, no se tiene información sobre la estrategia. Como se ha mencionado en estas zonas

[1] Ley Marco para el Desarrollo e Integración fronteriza. Esta Ley determina los mecanismos de formulación, implementación y seguimiento de la Política Nacional de Desarrollo e Integración Fronteriza y regula el Sistema Nacional de Desarrollo de Fronteras e Integración Fronteriza.

2 En el Reglamento de la Ley Nº 29778 se establecieron inicialmente 11 áreas críticas de fronteras, pero el año 2018 la lista sufrió una modificación y actualmente se han establecido 10 áreas de fronteras críticas. Las 9 áreas de fronteras críticas ubicadas en la Amazonía son: Santiago, Morona, Comaina, Trapecio Amazónico, Napo Curaray, Putumayo, Yaquerena – Alto Trapiche, Yurúa y Purús.

[3] La telesalud es el uso de tecnologías de información que permitan garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad.

hay una alta presencia de pueblos indígenas, sin embargo, no hay ninguna medida sanitaria específica para está población.

1.2. Distrito de Río Santiago

El distrito de Río Santiago se encuentra ubicado en la provincia de Condorcanqui[4], departamento de Amazonas[5]. Fue creado por Ley Nº 23832, el 18 de mayo de 1984. La capital del distrito es Puerto Galilea y sus límites son los siguientes: por el norte con Ecuador, por el sur con el distrito de Nieva (provincia de Condorcanqui), por el este con el departamento de Loreto y por el oeste con el distrito de El Cenepa (provincia de Condorcanqui).

Ilustración 1. Mapa del distrito de Río Santiago



De acuerdo con el Censo Nacional de Población de 2017, su población es de 13,953 habitantes (INEI, 2018). De este total, el 90% se identifica como parte de un pueblo indígena amazónico. En Río Santiago viven los pueblos Awajún[6] y Wampis[7], ambos pertenecientes a la familia etnolingüística jíbaro. Los awajún son el segundo pueblo indígena más numeroso, su población asciende a 37,690 habitantes (INEI, 2018).

El distrito está dividido en 3 partes: el alto Santiago cerca de la frontera con el Ecuador habitado principalmente por el pueblo Wampis, el medio Santiago habitado por el pueblo Wampis y Awajún y el bajo Santiago donde se encuentra el pueblo Awajún.

[4] La provincia de Condorcanqui está conformada por 3 distritos: Nieva, El Cenepa y Rio Santiago. Condorcanqui tiene 42,470 habitantes y el 81.7% de la población se autoidentifica como nativo o indígena amazónico (INEI, 2017).

[5] De acuerdo con el INEI (2018), en el Perú, los departamentos que concentran mayor porcentaje de comunidades nativas son Loreto (43.2%), Ucayali (14.2%) y Amazonas (13.4%).

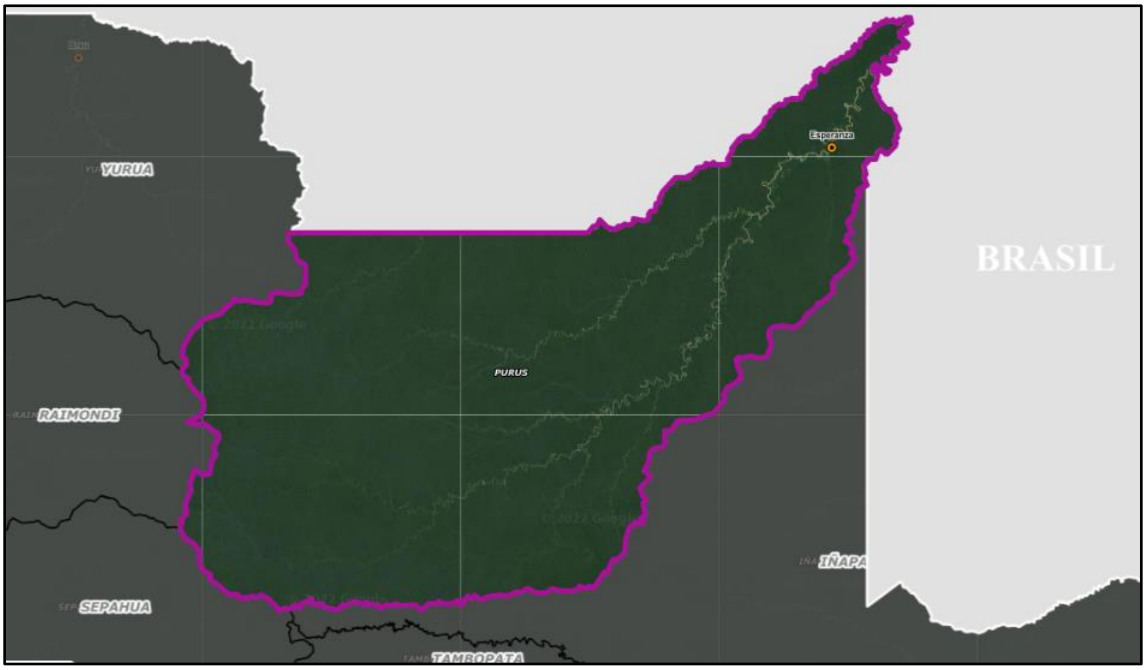
[6] Viven en las provincias de Condorcanqui y Bagua en Amazonas, en Loreto, Cajamarca y San Martín (MINCU, 2022).

[7] Se encuentran asentados en el río Morona y río Santiago, en Amazonas.

1.3. Distrito de Purús

El distrito de Purús se encuentra en la provincia de Purús, departamento de Ucayali. Se creó el 2 de julio de 1943 con la Ley Nº 9815. Su capital es Puerto Esperanza. Tiene límites con la provincia de Atalaya por el este, con el departamento de Madre de Dios por el sur y con Brasil por el norte y por el oeste.

Ilustración 2. Mapa del distrito de Purús



De acuerdo con el Censo Nacional de Población de 2017, su población es de 2,860 habitantes (INEI, 2018). El 64.2% de este total se autoidentifica como parte de un pueblo indígena amazónico. Según la Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios del Ministerio de Cultura, en este distrito hay comunidades nativas pertenecientes, principalmente, a los pueblos Cashinahua[8], Sharanahua[9], Madija[10] y Mastanahua[11]. En menor medida hay comunidades matsigenka, asháninka, ashéninka, amahuaca, marinahua y yine.

El distrito está dividido en 3 zonas: Alto Purús -la zona más distante respecto a Puerto Esperanza, donde se encuentran localidades como Balta o Gasta Bala-, Medio Purús -donde se encuentran localidades como San Marcos, Nueva Luz o Miguel Grau- y Bajo Purús -la zona más cercana a la frontera con Brasil, donde se encuentran localidades como San Bernardo o Palestina-.

[8] Este pueblo también es conocido como Huni Kuin. De acuerdo con el Censo de Comunidades Nativas de 2017, hay 16 comunidades nativas cashinahua, todas ellas ubicadas en el distrito de Purús.
[9] También conocidos como onicoin. Se encuentran solo en el distrito de Purús.
[10] Pueblo también conocido como Culina. Se encuentran solo en el distrito de Purús.
[11] También denominados Yora. Las 13 comunidades nativas de este pueblo están ubicadas en el distrito de Purús.

2. OFERTA DEL SISTEMA DE SALUD

En el Perú, el Sistema Nacional de Salud es descentralizado y está integrado por cinco instituciones: el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud - EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional del Perú y el sector privado. En cuanto a la prestación de servicios, los establecimientos de salud pública, privada o mixta están categorizadas de la siguiente manera: Primer Nivel de Atención –puestos y centros de salud sin internamiento-, Segundo Nivel de Atención – centros con internamiento y hospitales de atención general- y Tercer Nivel de Atención –hospitales e institutos especializados-.

La mayoría de las comunidades nativas no cuenta con establecimientos de salud. De las 2,307 comunidades censadas en el 2017 solo el 32% contaba con un establecimiento de salud dentro de su ámbito (INEI, 2018). En estas zonas funcionan principalmente establecimientos del Primer Nivel de Atención, los cuales están subdivididos en: I-1: puestos de salud con personal no médico, I-2: puestos de salud con consultorios y médicos, I-3: centros de salud, I-4: centros de salud con camas de internamientos.

Generalmente, se trata de puestos que están desabastecidos, carecen de medicamentos e insumos, son atendidos principalmente por personal técnico pues hay poco personal médico y una alta rotación de estos (INEI, 2018; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2015). Además de las carencias en cuanto a infraestructura e insumos, otro problema es el difícil acceso a los establecimientos debido a las distancias; la falta de caminos, clima y los costos adicionales que el desplazamiento genera (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2015). A esto se suma la desconfianza que la población indígena tiene a los servicios de salud por el maltrato experimentando y el desinterés del personal de salud por cumplir con sus obligaciones (TAVERA ET AL, 2017). Adicionalmente a la deficiente cobertura de servicios de salud, los servicios de saneamiento que son necesarios para la prevención de muchas enfermedades también son deficientes en las comunidades nativas. En el 2008, la Defensoría del Pueblo encontró que las regiones amazónicas en promedio tienen el 50% menos de acceso a servicios de saneamiento en comparación al promedio nacional, que es 60% (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2015).

El Ministerio de Salud es la máxima autoridad sanitaria y responsable de desarrollar la Política Nacional de Salud; sin embargo, la falta de inversión, de una buena gestión y de recursos contribuyen a que su labor esté debilitada y los servicios no sean eficaces (ALCALDE ET AL, 2019). En el Perú, el gasto en salud es uno de los más bajos en América Latina, el presupuesto asignado para el año 2020 a este sector[12] fue de 18 millones 495 nuevos soles, lo que representa el 3.2% del Producto Bruto Interno[13].

Si bien durante la pandemia por COVID-19, se aprobó el "Plan de intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía peruana frente a la emergencia del COVID-19", con un presupuesto aprobado de 88'426.234 soles, debido a diferentes factores que fueron advertidos por las organizaciones indígenas en su momento -como la demora en la transferencia de fondos o la insuficiencia del monto-, esta política no ha

[12]Desde el año 2007, el presupuesto en el Perú se asigna bajo la estrategia del PpR (Presupuesto por Resultados). Esta estrategia permite vincular la asignación de recursos a productos y resultados medibles a favor de la población (MEF, 2015). Es decir, la efectividad se mide en términos de productividad y costos. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) es el responsable del diseño, implementación, monitoreo y evaluación de la gestión presupuestal (MEF, 2015). Sin embargo, para lograr estos resultados es necesario un compromiso de las instituciones en la generación de información y la rendición de cuentas, por lo que hay brechas en la gestión y logros de resultados. Si bien el Sistema de Salud tiene que prevenir y atender enfermedades, debido a esta lógica en la gestión las prioridades sanitarias han sido remplazadas por variables económicas. La idea de los tecnócratas está enmarcada en que se alcancen indicadores socioeconómicos y no en su función primigenia de la atención sanitaria en el marco de derechos.

[13]Fuente: https://convoca.pe/agenda-propia/incremento-de-presupuesto-prometido-para-el-sector-salud-esta-entre-los-mas-bajos-en

contribuido a mejorar la prestación de los servicios de salud en los territorios amazónicos indígenas, que continúan siendo deficientes.

En ese sentido, las organizaciones indígenas vienen demandando que el Estado fortalezca los establecimientos del Primer Nivel de Atención, pues son a los que más rápido acceso tienen y cuya situación actual es bastante crítica y resulta insuficiente para atender la problemática en salud de la población que se encuentra dentro de su jurisdicción, especialmente de los indígenas, cuyos indicadores sanitarios, junto a la desatención histórica del Estado y las condiciones precarias de los servicios públicos, los coloca en una situación de vulnerabilidad estructural.

2.1. La oferta de salud en el distrito de Río Santiago

En Río Santiago todos los establecimientos de salud públicos pertenecen al Primer Nivel de Atención. De acuerdo con el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS), en el distrito hay 25 establecimientos de salud públicos. Todos pertenecen a la Red de Salud Condorcanqui[14] y están distribuidos en 2 microrredes de salud. La Microrred de Salud Galilea cuenta con 18 establecimientos de salud, de los cuales 16 son puestos de salud con categoría I-1 y 2 son centros de salud con categoría I-3. Por otro lado, la Microrred de Salud Candungos cuenta con 7 establecimientos de salud, de los cuales 6 son puestos de salud con categoría I-1 y 1 es centro de salud con categoría I-3.

Tabla 1. Establecimientos de salud en el distrito de Río Santiago, por microrred y por categoría

#	RED DE SALUD	MICRORRED DE SALUD	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORÍA
1	CONDORCANQUI	GALILEA	NAUTA	I-1
2	CONDORCANQUI	GALILEA	CHAPIZA	I-1
3	CONDORCANQUI	GALILEA	KAGKAS	I-1
4	CONDORCANQUI	GALILEA	VILLA GONZALO	I-1
5	CONDORCANQUI	GALILEA	ALTO YUTUPIS	I-1
6	CONDORCANQUI	GALILEA	CHINGANAZA	I-1
7	CONDORCANQUI	GALILEA	GUAYABAL	I-1
8	CONDORCANQUI	GALILEA	HUABAL	I-1
9	CONDORCANQUI	GALILEA	YUJACKIM	I-1
10	CONDORCANQUI	GALILEA	CATERPIZA	I-1
11	CONDORCANQUI	GALILEA	CHOSICA	I-1
12	CONDORCANQUI	GALILEA	BELEN	I-1
13	CONDORCANQUI	GALILEA	AITAM	I-1
14	CONDORCANQUI	GALILEA	SHIRINGA	I-1
15	CONDORCANQUI	GALILEA	SHEBONAL	I-1
16	CONDORCANQUI	GALILEA	SAN RAFAEL	I-1
17	CONDORCANQUI	GALILEA	YUTUPIS	I-3
18	CONDORCANQUI	GALILEA	GALILEA	I-3
19	CONDORCANQUI	CANDUNGOS	AYAMBIS	I-1
20	CONDORCANQUI	CANDUNGOS	CUCUAZA	I-1
21	CONDORCANQUI	CANDUNGOS	AMPAMA	I-1
22	CONDORCANQUI	CANDUNGOS	PASHKUS	I-1

[14] La Red de Salud de Condorcanqui tiene 74 establecimientos de salud y 1 hospital para atender a 55,541 habitantes. Tiene 6 microrredes: En Nieva; Nieva, Putuyakat y Kigkis, en Río Santiago; Galilea y Candungos, El Cenepa; Huampami.

23	CONDORCANQUI	CANDUNGOS	PAPAYACU	I-1
24	CONDORCANQUI	CANDUNGOS	SOLEDAD	I-1
25	CONDORCANQUI	CANDUNGOS	CANDUNGOS	I-3

Fuente: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

En caso un(a) paciente requiera recibir una atención más compleja, deberá ser trasladado hasta Nieva, donde funciona el Hospital Santa María de Nieva, el único establecimiento de salud público de categoría II-1 en la provincia[15]. De no poder atenderse el caso en este hospital, el paciente será referido a las ciudades de Bagua, Chachapoyas o Chiclayo, incluso los pacientes pueden ser referidos hasta Lima.

2.2. La oferta de salud en el distrito de Purús

En el caso del distrito de Purús hay 8 establecimientos de salud públicos, todos del Primer Nivel de Atención y todos pertenecientes a la Red de Salud Coronel Portillo y a la Microrred de Salud Purús. Hay 7 puestos de salud con categoría I-1 y apenas un centro de salud que tiene categoría I-3.

Tabla 2. Establecimientos de salud en el distrito de Purús, por microrred y por categoría

#	RED DE SALUD	MICRORRED DE SALUD	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORÍA
1	CORONEL PORTILLO	PURÚS	PALESTINA	I-1
2	CORONEL PORTILLO	PURÚS	GASTA BALA	I-1
3	CORONEL PORTILLO	PURÚS	NUEVA LUZ	I-1
4	CORONEL PORTILLO	PURÚS	SAN MARCOS	I-1
5	CORONEL PORTILLO	PURÚS	MIGUEL GRAU	I-1
6	CORONEL PORTILLO	PURÚS	SAN BERNARDO	I-1
7	CORONEL PORTILLO	PURÚS	BALTA	I-1
8	CORONEL PORTILLO	PURÚS	PURÚS	I-3

Fuente: Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Aquellos casos que requieran de una referencia son trasladados a la ciudad de Pucallpa, capital del departamento, donde hay establecimientos de salud de mayor complejidad, como el Hospital Regional de Pucallpa, de categoría II-2.

[15] En Nieva funciona además un establecimiento de salud administrado por EsSalud -centro de salud de categoría I-3- y un Centro de Salud Mental Comunitario.

2.3. La interculturalidad en los servicios de salud

En los últimos años, el Ministerio de Salud ha aprobado algunos documentos normativos o estrategias para brindar atención con pertinencia cultural en los diferentes establecimientos de salud, entre estos documentos destacan:

- Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud (2014).
- Propuesta de Modelo de Atención en TB con Enfoque Intercultural en Comunidades Asháninkas (2015).
- Política Sectorial de Salud Intercultural (2016).
- Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural (2016).
- Norma Técnica de Salud para la prevención y el control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en pueblos indígenas amazónicos, con pertinencia intercultural (2016).
- Directiva Administrativa para el registro de la pertenencia étnica en el sistema de información de salud (2017).
- Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el Primer Nivel de Atención (2019).

Diversos estudios resaltan que, aun cuando en los últimos años el sector salud viene implementando estas políticas orientadas a mejorar la salud de las comunidades y asume el enfoque intercultural[16] como eje transversal de la atención sanitaria, todavía la oferta sanitaria para la población indígena es limitada y precaria. El perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, en comparación con el resto de la población, presenta prevalencias mayores, incluso en enfermedades consideradas erradicadas. Se evidencian, además, brechas económicas, sociales, culturales, geográficas y lingüísticas que dificultan el acceso y la atención en salud de estos pueblos (DEFENSORIA DEL PUEBLO 2015). Asimismo, la débil cobertura, las inequidades sociales y la falta de articulación con los sistemas de salud indígenas dificultan la prestación de servicios culturalmente pertinentes y de calidad.

Otro aspecto clave en la prestación de servicios en los pueblos indígenas es el personal en salud, respecto a la cantidad disponible para proveer servicio, pero también a la calidad del servicio que brindan que, en el contexto amazónico, está íntimamente ligado a su capacidad para proveer servicios con enfoque intercultural. La falta de profesionales en los establecimientos para la cantidad de tareas administrativas y metas por cumplir dificulta su capacidad para brindar servicios con pertinencia (MINSA, 2017). Adicionalmente, el personal que labora en comunidades nativas ha sido, en su mayoría, formado bajo un enfoque biomédico y conoce poco sobre la población indígena, generándose dificultades comunicacionales –tanto lingüísticas como culturales-, y en algunos casos maltrato (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2015). Según el III Censo Nacional de Comunidades Indígenas (INEI, 2017), el 61% del personal de salud que trabaja en comunidades es de procedencia indígena. Sin embargo, no especifica si es técnico o médico, y si cuenta con una formación en salud intercultural. Este es uno de los factores por los que la población no acude a los establecimientos de salud.

[16] Aun cuando el MINSA reconoce que la incorporación del enfoque intercultural contribuye a mejorar los indicadores sanitarios de esta población, y desde el año 2016 cuenta con una Política Sectorial de Salud Intercultural (D.S. N° 016-2016-SA), su implementación aún es incipiente.

Una de las grandes limitantes para la implementación de las políticas mencionadas al inicio de este acápite es la carencia de presupuesto. La Estrategia de Salud de los Pueblos indígenas, es una de las diez Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud[17]. Esta estrategia opera a nivel regional y local, y busca implementar servicios de salud con pertinencia intercultural que permitan un mayor acceso de los pueblos indígenas al sistema de salud y disminuyan las brechas sanitarias desfavorables para estos pueblos. Sin embargo, esta estrategia no cuenta con un presupuesto asignado que le permita realizar acciones en ninguno de los niveles.

[17]El 27 de julio del 2004, por Resolución Ministerial 771-2004/MINSA se establecieron las diez Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud.

3. PRINCIPALES RESULTADOS

3.1. Situación de los servicios de salud

3.1.1. Situación del personal de salud

En ambos distritos se reporta una insuficiencia de personal de salud respecto a las necesidades de la población. En los centros de salud de mayor complejidad se señala la falta de profesionales para poder completar el equipo de salud mínimo, mientras que en los puestos de salud de menor complejidad -por lo general ubicados en comunidades nativas- suelen contar solo con un/a Técnico/a en Enfermería. Asimismo, en ambos casos se reporta una alta rotación del personal de salud.

La principal razón expuesta tanto para la insuficiencia de personal de salud como para su alta rotación es la oferta económica. A pesar de que existen políticas como el Decreto Legislativo 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado , que dispone una valoración priorizada a la remuneración del personal que labora en zonas alejadas o de frontera, los funcionarios entrevistados indican que los ingresos económicos percibidos por los profesionales de salud que laboran en áreas urbanas son similares o incluso superiores a los que se manejan en zonas de frontera. Ello se debe a que, según indican, en las ciudades pueden realizar actividades complementarias -como el trabajo en clínicas u otros servicios particulares-, que no pueden llevar a cabo en otros contextos.

> "Es muy difícil encontrar personal de salud, ¿por qué? porque la oferta laboral es igual yéndote a Purús, igual quedándote acá en la ciudad [de Pucallpa], hasta más pagan aquí en la ciudad. Entonces, el profesional de salud prefiere quedarse en la ciudad, cerca a su familia, con sus atenciones personales que tiene" (Funcionaria de la Dirección Regional de Salud de Ucayali).

El tipo de contratación es también uno de los factores identificados en ambos distritos. Según se indica, son pocos los casos de personal de salud nombrado, la mayoría de ellos tienen contratos temporales bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) -lo que no les garantiza estabilidad laboral- o es personal que se encuentra laborando en dicha zona como parte de su Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) -un programa de servicio que realizan los profesionales de salud, cuya vigencia es de solo un año-.

Otros factores mencionados son los problemas para la adaptación del personal de salud a estas zonas. Debido a la carencia de personal, se reportan problemas de sobrecarga laboral, con jornadas de trabajo extendidas y realización de actividades que no les corresponden -tal es el caso de la conducción de botes para el traslado de pacientes-.

> "Por ser el único centro de salud, y por excepcionalidad, somos I-3, no porque estamos implementados como debe ser. Nosotros deberíamos trabajar solo las 12 horas, de 7 de la mañana a 7 de la noche, de lunes a sábado, pero también por excepcionalidad trabajamos las 24 horas, de las cuales nosotros damos un poco más (…) nosotros no tenemos los descansos como debe ser." (Personal de Salud en Purús).

Asimismo, se señalan problemas como la depresión, el alejamiento de su familia por largas temporadas, las condiciones de vida en las comunidades y las dificultades del personal de salud para poder realizar estudios complementarios, que influyen en la permanencia del personal de salud en los establecimientos de salud de los distritos abordados.

Un aspecto transcendental en la prestación de servicios es el personal en salud. La falta de profesionales en los establecimientos para la cantidad de programas y metas por cumplir dificulta el correcto llenado de formatos, ocasiona deficiencias en la calidad de la vigilancia epidemiologia, así como las visitas domiciliarias y las atenciones extramurales, sobre todo en los pueblos más alejados. La mayoría del personal ha sido formado bajo un enfoque biomédico y conoce poco sobre la población indígena, generándose dificultades comunicacionales –tanto lingüísticas como culturales-, y en algunos casos maltrato. Esto es uno de los factores por los que la población no acude a los establecimientos de salud.

3.1.2. Situación de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos

Las infraestructuras de los establecimientos de salud de ambos distritos presentan deficiencias. Si bien los centros de salud tienen condiciones precarias -como la falta de agua potable, en el caso del Centro de Salud de Galilea-, este problema se agudiza entre los puestos de salud ubicados en las comunidades nativas. Se trata de establecimientos de salud generalmente de madera, con un solo ambiente y que, en palabras de varios de los funcionarios entrevistados, "se están cayendo a pedazos". Se menciona en ambos casos que hay proyectos de los gobiernos regionales para mejorar la infraestructura de estos establecimientos; sin embargo, se precisa que están detenidos o que no conocen su estado de avance.

En lo que respecta al equipamiento, también hay carencias. En ambos casos se señala la falta de ecógrafos modernos que puedan reemplazar a los equipos obsoletos con los que cuentan actualmente. Asimismo, en Purús reportan problemas para el almacenamiento de la cadena de frío de algunos insumos o para la realización de diagnósticos con rayos X.

Finalmente, se reporta también la insuficiencia de medicamentos en los establecimientos de salud de ambos distritos, principalmente en aquellos que están ubicados en las comunidades nativas. Ante este desabastecimiento, tanto los funcionarios como otros actores entrevistados señalan que la población indígena utiliza las plantas medicinales para tratar sus problemas de salud.

> "Una cosa es tener el medicamento en el puesto o centro de salud, pero otra es tener estos paquetes de medicamentos en cada una de las comunidades, ¿acaso los establecimientos están en todas las comunidades nativas? No lo están. Hay una comunidad central en la que está un puesto de salud, pero a su alrededor, distancias a media hora, una hora, dos horas o más están otras comunidades y esas comunidades no tienen establecimientos. Entonces, esas personas, cuando se enferman, ¿qué acuden a hacer? Uso de las plantas o medicinas propias del lugar para evitar el malestar, algo que ellos ya dentro de su cultura ancestral han ido tomando." (Funcionaria de la Dirección Regional de Salud de Amazonas).

> "¿Por qué no se va al centro de salud o puesto de salud? Se van, pero no les dan ni un medicamento, no hay medicamentos, desabastecido totalmente. Dicen '¿por qué me voy al centro de salud? si no me dan nada, mejor me curo con mis plantas medicinales'. Ellos tratan con su conocimiento que tienen, con eso se curan". (Líder indígena de Río Santiago).

3.1.3. Brechas para el acceso a los servicios de salud

La principal brecha para acceder a los servicios de salud es la geográfica. En ambos casos, el acceso a los establecimientos de salud con mayor complejidad dentro de los distritos se da principalmente por vía fluvial y suele tomar horas, e incluso días, de viaje. Asimismo, se evidencia la poca disponibilidad de medios de transporte equipados -como chalupas o deslizadores con motores de alta capacidad- y de combustible para poder movilizarse.

> "Las emergencias vienen de Papayacu, de Candungos, vienen de la zona alta, de Cenepa, entonces necesitamos nosotros tanto el transporte fluvial como el transporte terrestre (...). Tenemos emergencias en Pampaentsa, o tenemos emergencias en Pashkosh, son días, son horas de camino, entonces nosotros tenemos que estar buscando aliados tanto en el Ejército para poder trasladar esas emergencias. Entonces, creo que ahí sí necesitamos esa ayuda, ese apoyo." (Funcionaria de la Red de Salud Condorcanqui).

A todo ello, en el caso del distrito de Purús, se le deben sumar los problemas que tienen los establecimientos de salud ubicadas en comunidades nativas para informar alguna emergencia al Centro de Salud de Purús. De acuerdo con lo indicado por un dirigente de la Federación de Comunidades Nativas de la Provincia de Purús (FECONAPU), la señal de celular en la zona es deficiente, por lo que deben recurrir a radios de comunicación.

En caso de alguna emergencia o de requerir una atención más especializada los indígenas recorren grandes distancias para poder acceder a servicios de salud con un mayor nivel resolutivo, la mayoría de estos establecimientos se encuentran en las capitales del distrito, la provincia y el departamento. Incluso, en algunos casos, como en Amazonas, debido a las distancias, la población en lugar de ser referida a Chachapoyas (capital del departamento) es referida a Chiclayo, donde hay una mejor oferta sanitaria. En el caso de Purús, los pacientes suelen ser referidos a la ciudad de Pucallpa; sin embargo, tienen problemas para trasladarse, ya que los costos de los pasajes de los vuelos privados son muy elevados y la frecuencia de los viajes subsidiados por el Estado peruano no es muy recurrente.

Otro de los problemas de la oferta en ambos distritos es la limitada cantidad de servicios con los que cuentan. Tal como indican algunas de las entrevistadas, los servicios de salud ofrecidos son recuperativos, mas no preventivo-promocionales. La insuficiencia de personal y las dificultades para trasladarse a las comunidades nativas llevan a que no se suelan ofrecer servicios como despistajes de cáncer, tamizajes de VIH o descartes de diabetes e hipertensión.

> "En zonas de frontera hasta ahora no podemos cerrar brechas en el acceso de esa población a tener servicios de salud, por lo menos en acciones de prevención y promoción, es decir, que tengamos los paquetes integrales de salud que debemos dar por curso de vida, como funciona el sector todavía no lo podemos hacer." (Funcionaria de la Dirección Regional de Salud de Amazonas).

Además, por la categorización que tienen los establecimientos de salud ubicados en los distritos abordados en este diagnóstico, en ellos no se puede acceder a tratamientos como el de la diabetes o el tratamiento antirretroviral. Respecto a este último, en el distrito de Purús se demanda la implementación de una Unidad de Atención Médica Periódica (UAMP), que permita proporcionar el tratamiento antirretroviral directamente, sin necesidad de que la población del distrito tenga que viajar hasta la ciudad de Pucallpa para ello.

En lo que respecta al uso de servicios de salud de los países fronterizos, se reportan algunos casos de personas que acuden a Brasil -en el caso de la población de Purús- o a Ecuador -en el caso de

los habitantes de Río Santiago-, para atender afecciones. En el caso de la población de Purús incluso hay información sobre población que tiene nacionalidad peruana y brasilera.

> "En el Perú, frontera de Río Santiago, encima vas por río, ni siquiera tienes carretera ahí, por río y llegas recién a una comunidad, esa comunidad más va al Ecuador, porque ahí tiene más gama de servicios que en nuestro mismo país. Nuestra frontera, nosotros en Amazonas, está descuidada en su totalidad, no hay presencia del Estado." (Funcionaria de la Dirección Regional de Salud de Amazonas).

Un aspecto clave para el acceso a los servicios de salud es el de la identificación de la población residente en zonas de fronteras. En ambos distritos, se precisa que no toda la población cuenta con Documento Nacional de Identidad, principalmente porque no tienen una partida de nacimiento, lo que dificulta su afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS).

Frente a los problemas mencionados, los actores entrevistados mencionan las ventajas que tiene movilizar la oferta de servicios de salud, trasladando equipos de salud por las diferentes cuencas. Ello se ha dado en el contexto de la implementación de proyectos de cooperación internacional, como el ejecutado por Pathfinder en el ámbito de la provincia de Condorcanqui, que movilizó brigadas para abordar el problema de VIH en la zona, realizando tamizajes, brindando consejerías y enrolando a personas viviendo con VIH al tratamiento antirretroviral. Un caso más reciente es el del ingreso de brigadas en el marco de la implementación del "Plan de intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía peruana frente a la emergencia del COVID-19", las cuales, a pesar de que inicialmente planificaron atender solo lo referente a la COVID-19, terminaron brindando atención integral para la población de las comunidades nativas.

> "En el 2020 hubo brigadas para salir a las comunidades, eso ha ayudado muchísimo, porque creo que los servicios de salud se deben acercar a las familias. Porque, si esperamos que ellos se acerquen a nosotros, es muy difícil, por su condición económica, por lo que no tienen facilidades de poder trasladarse." (Funcionaria de la Red de Salud Condorcanqui).

Sin embargo, aún existen limitaciones para movilizar la oferta de salud. En el caso del distrito de Purús, a la insuficiencia de personal y los problemas geográficos previamente señalados, se añade la escasa cantidad de proyectos e iniciativas que utilizan esta estrategia. Ello se debe, según declaran los actores entrevistados, al alto costo que implica llegar hasta esta zona y a la escasa población del distrito.

> "OPS quiso ingresar a Purús. Tenían un proyecto de salud materno neonatal en el ámbito de la Red de Coronel Portillo y, como parte del ámbito es Purús, intentaron con el Centro de Salud, entregando mensajes de sensibilización para que puedan acudir a sus controles prenatales. Eso, más nada, por el mismo tema de la distancia, los tiempos, el costo beneficio no favorecía a la ejecución del proyecto, considerando que había una meta establecida, y la meta que tú ibas a lograr en Purús era mínima." (Ex funcionaria de la Red de Salud Coronel Portillo).

Por lo general, cuando las familias viven distantes al establecimiento solo acuden cuando los casos son graves. Las afecciones menos graves suelen ser atendidas en el hogar, ya sea usando plantas medicinales o medicamentos.

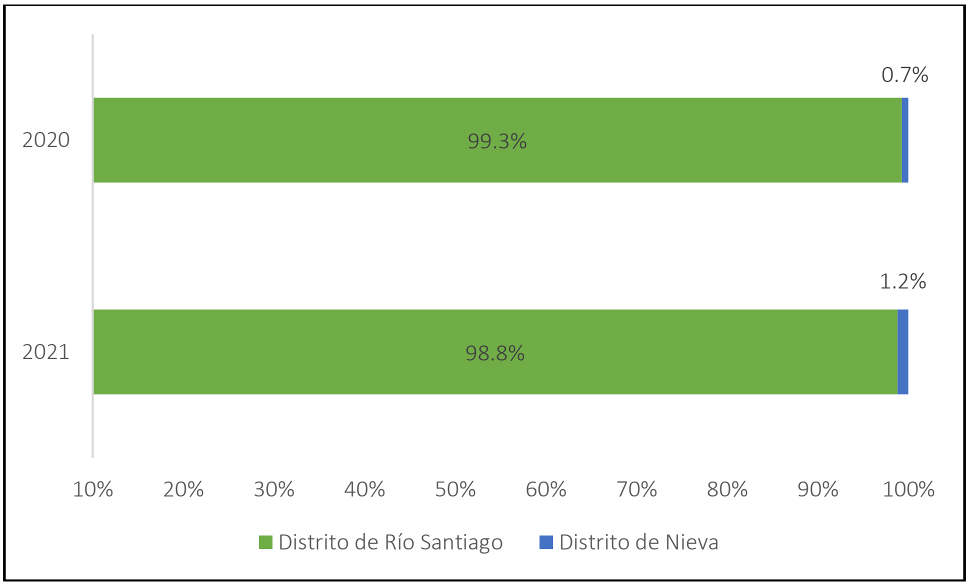
3.2. Problemáticas de salud

Si bien existe un marco normativo para la incorporación de la variable étnica en los sistemas de información en salud[18], no hay un reporte estadístico diferenciado por pertenencia étnica que permita conocer el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas que viven en ambos distritos, por lo que no se pueden conocer sus necesidades sanitarias especificas. Sin embargo, se puede tener acceso a algunos datos estadísticos que dan cuenta de la situación de salud de los distritos en general.

3.2.1. Distrito de Río Santiago

Entre los problemas de salud identificados por los funcionarios entrevistados, uno de los principales es la malaria. De acuerdo con la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC - Perú), Río Santiago es uno de los dos distritos de la región Amazonas en los que se reportan casos de malaria. Durante 2020 se registraron 163 casos -lo que correspondió al 98.8% del total de casos en la región-, para el año 2021 se evidenció un aumento drástico, ya que se reportaron 565 casos - lo que correspondió al 99.3% del total de casos en la región- (ver Gráfico 1). Asimismo, es el único distrito en el que se han detectado casos de malaria por *Plasmodium falciparum* -con 25 casos en 2020 y 73 en 2021-.

Gráfico 1. Casos de malaria reportados en la región Amazonas, por distrito (2020-2021)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

De acuerdo con los entrevistados, la expansión de esta enfermedad está asociada a las características geográficas en las comunidades nativas, como el clima, pero también debido a la falta de limpieza de charcos y de malezas alrededor de las viviendas, lo que facilita la proliferación de los mosquitos que transmiten la malaria.

Por otro lado, el VIH también ha sido reportado por estos actores. Entre las principales causas atribuidas al aumento de casos están la información equivocada sobre la enfermedad y sus formas de transmisión, el rechazo al uso del preservativo y la resistencia a realizarse pruebas de

[18] La Directiva Administrativa para el registro de la pertenencia étnica en el sistema de información de salud, aprobada en noviembre de 2017 mediante Resolución Ministerial N° 975-2017/MINSA.

tamizaje que permitan detectar el VIH. Uno de los principales problemas asociados a esta enfermedad es la baja adherencia al tratamiento antirretroviral, la cual se ha visto seriamente afectada en el contexto de la pandemia.

Los problemas de salud materno neonatal también se reportan en el distrito. De acuerdo con lo indicado por una funcionaria de la Red de Salud Condorcanqui, la mayoría de las emergencias obstétricas que llegan al Hospital Santa María de Nieva -el único hospital en toda la provincia de Condorcanqui- provienen de Río Santiago. A lo largo del año 2021 se reportaron 5 muertes maternas en el distrito (ver Tabla 3), lo que corresponde el 31% del total de muertes maternas reportadas en la región Amazonas.

Tabla 3. Casos de muerte materna reportados en el distrito de Río Santiago, por edad y diagnóstico (2021)

#	EDAD	DIAGNÓSTICO
1	19 años	Traumatismos por aplastamiento múltiple, no especificado
2	32 años	Aborto no especificado incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía
3	25 años	Hemorragia en el tercer período del parto
4	22 años	Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias
5	27 años	Enfermedad por VIH, sin otra especificación

Fuente: Red de Salud Condorcanqui.

Esta cantidad de casos de muertes maternas es atribuida a los problemas de acceso a los establecimientos de salud en el ámbito de la provincia. A decir de una funcionaria de la región:

> "Para nosotros [la mortalidad materna] siempre será un problema. Ahora, en esta zona de frontera, tener el acceso y salvar las vidas, oportunamente la atención y evitar que mueran las personas." (Funcionaria de la Dirección Regional de Salud de Amazonas).

Finalmente, mencionan el problema de la desnutrición crónica. Según refieren, a pesar de que se realizan actividades como la suplementación de niños y sesiones nutritivas demostrativas, las cifras de esta enfermedad han seguido en aumento. De acuerdo con el Sistema de Información del Estado Nutricional, el 35.8% de niños menores de 5 años que accedieron a establecimientos de salud de Río Santiago por indicadores antropométricos presentó desnutrición crónica, la segunda cifra más alta en toda la región -solo superada por la del distrito de El Cenepa (44.6%), también ubicado en la provincia de Condorcanqui-, muy por encima del promedio regional (21.4%) y del promedio nacional (15.1%). Esta situación es asociada, entre otros factores, a la poca disponibilidad de agua segura.

> "Siempre tenemos casos por el agua, el tema del agua, no agua potable, no agua segura, ¿a qué conduce?, conduce a enfermedades como leptospirosis, tifoidea, otras parasitarias, entonces eso es un círculo vicioso que conduce también a la anemia y desnutrición de los niños." (Funcionaria de la Dirección Regional de Salud de Amazonas).

Por su parte, las enfermedades más identificadas por la población de este distrito son:

- Fiebre tifoidea
- Anemia
- Infecciones respiratorias agudas

- Enfermedades diarreicas agudas
- Parasitosis
- Malaria
- Dengue
- Neumonía
- Erupciones cutáneas

Varias de estas percepciones coinciden con el reporte del Ministerio de Salud sobre las principales causas de morbilidad por cada etapa de vida en Río Santiago (ver Tabla 4). Por ejemplo, la fiebre tifoidea aparece entre las principales causas de morbilidad en 4 de las 5 etapas de vida. También son recurrentes los casos de afecciones respiratorias como la faringitis aguda, la amigdalitis aguda o el resfriado común. Llama la atención que problemas de salud como los trastornos del sistema urinario, la caries dental o la dorsalgia no hayan sido mencionados por la población, ya que son algunas de las principales causas de morbilidad reportadas.

Tabla 4. Principales causas de morbilidad en el distrito de Río Santiago, por etapa de vida (2021)

N°	ETAPA DE VIDA				
	0 a 11 años	12 a 17 años	18 a 29 años	30 a 59 años	60 años a más
1	Faringitis aguda	Faringitis aguda	Faringitis aguda	Dorsalgia	Dorsalgia
2	Anemias por deficiencia de hierro	Otros trastornos del sistema urinario	Otros trastornos del sistema urinario	Faringitis aguda	Faringitis aguda
3	Falta del desarrollo fisiológico esperado	Caries dental	Dorsalgia	Otros trastornos del sistema urinario	Fiebres tifoidea y paratifoidea
4	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso no especificado	Fiebres tifoidea y paratifoidea	Caries dental	Fiebres tifoidea y paratifoidea	Otros trastornos del sistema urinario
5	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	Amigdalitis aguda / Rinofaringitis aguda (resfriado común)	Fiebres tifoidea y paratifoidea	Caries dental	Amigdalitis aguda

Fuente: Oficina de Gestión de la Información del Ministerio de Salud.

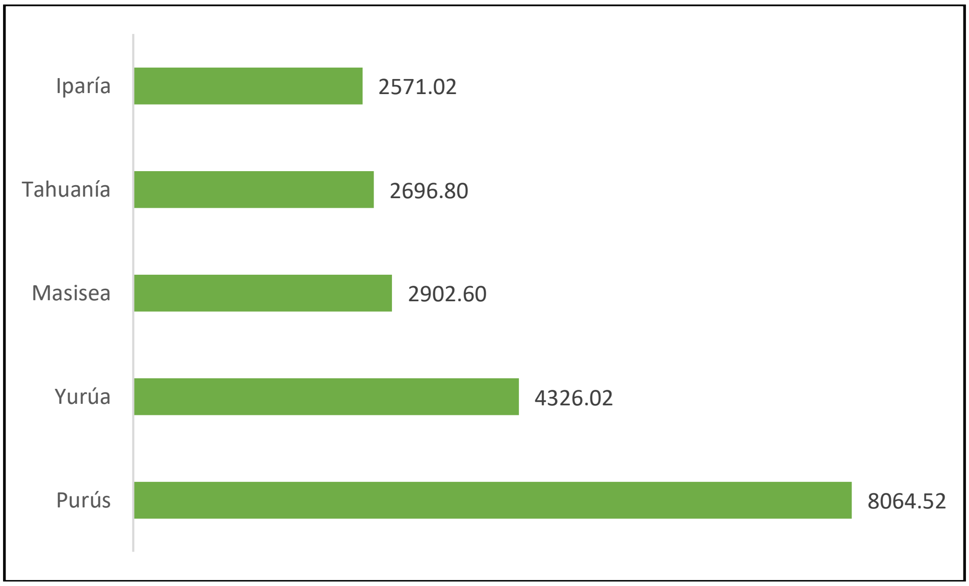
Finalmente, en lo que respecta a los síndromes culturales[19] más identificados destacan la cutipa, el mal aire, el daño y la brujería.

[19] Los síndromes culturales son "complejos sintomáticos culturales (…) [que] caracterizan un estado morboso que un grupo cultural alega sufrir y para el cual su cultura proporciona premisas culturales, procedimientos de determinación y formas de cura". (Cárdenas, 1989 ob. Cit en MINSA, 2002: 81).

3.2.2. Distrito de Purús

Entre los principales problemas de salud identificados por los funcionarios entrevistados destacan las enfermedades diarreicas agudas. De acuerdo con el CDC - Perú, a lo largo de 2021 en Purús se reportaron 250 casos de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años, lo que significó el 4.5% de casos presentados en toda la región Ucayali. Sin embargo, el dato relevante al respecto es que la tasa de incidencia de esta afección en Purús para el 2021 asciende a 8064.52 x 10 mil habitantes, lo que convierte a éste en el distrito con mayor tasa de incidencia en toda la región (ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Distritos de la región Ucayali con mayor tasa de incidencia de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años (2021)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

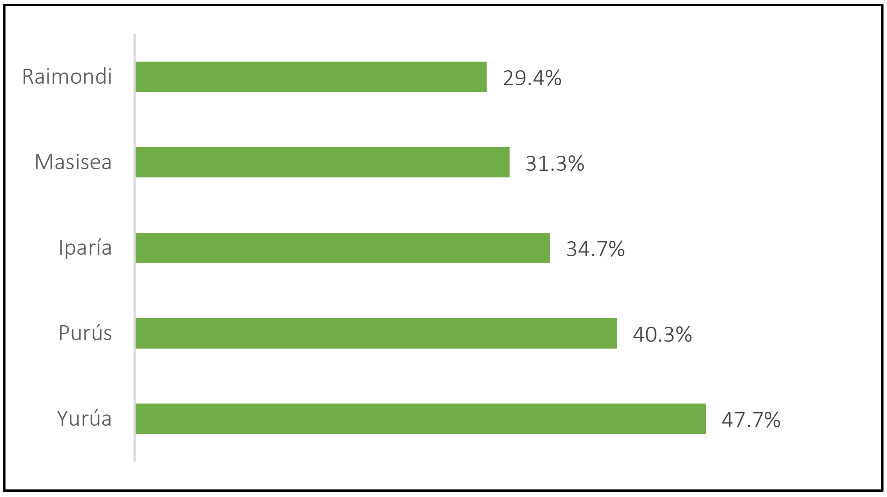
Este problema está asociado a la falta de agua segura en las comunidades nativas, lo que lleva a que la población utilice agua de río para sus actividades cotidianas. Un dirigente de la FECONAPU lo plantea de la siguiente manera:

> "A estas enfermedades que suceden en diferentes comunidades, no hay una buena agua para sobrevivir, en diferentes comunidades no hay pozos artesianos, no hay pozos con tanque elevado, por eso se está sucediendo muchas enfermedades en diferentes comunidades de nuestra provincia de Purús. Ese es el gran motivo." (Dirigente de la Federación de Comunidades Nativas de la Provincia de Purús).

Asimismo, los entrevistados señalan que se viene dando un incremento en la cantidad de casos de VIH en el ámbito del distrito. El dirigente de la FECONAPU que fue entrevistado precisa que "en Purús, absolutamente, estamos en una zona roja por VIH". De acuerdo con información que maneja el Centro de Salud Purús, al mes de mayo de 2021 había 48 casos confirmados de esta enfermedad. Entre las causas atribuidas por los entrevistados a la expansión del VIH están: los viajes de la población de Purús a la ciudad de Pucallpa con fines recreativos -por medio de los vuelos humanitarios implementados por el Estado-, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el machismo, la presencia de personas foráneas -las cuales llegan por actividades ilícitas como la tala o el narcotráfico- y la falta de educación sanitaria en relación al uso de preservativo en las relaciones sexuales casuales.

Otros de los problemas de salud mencionados por los entrevistados es la desnutrición entre niños. De acuerdo con el Sistema de Información del Estado Nutricional, el 40.3% de niños menores de 5 años que accedieron a establecimientos de salud de Purús por indicadores antropométricos presentó desnutrición crónica, la segunda cifra más alta a nivel regional -solo superada por el distrito de Yuruá, que reporta un 47.7% (ver Gráfico 3)-, superando ampliamente el promedio regional (17.7%) y el promedio nacional (15.1%). Entre las causas asociadas a esta cantidad de casos de desnutrición crónica, los entrevistados refieren problemas de alimentación, causados principalmente por escasez de alimentos en la zona y la falta de recursos económicos para la compra de productos de la canasta básica familiar.

Gráfico 3. Distritos de la región Ucayali con mayor porcentaje de niños menores de 5 años que accedieron a los establecimientos de salud por indicadores antropométricos y presentan desnutrición crónica (2021)



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

En menor medida, para el ámbito de Purús se mencionan enfermedades crónicas, tales como la diabetes y la hipertensión, en ambos casos atribuidas a los desórdenes en la dieta de la población, la cual incluye un alto consumo de carbohidratos y de azúcar. Además, se señalan la mortalidad materna, el embarazo adolescente -causado por el abuso sexual y la práctica de la entrega de las hijas-, problemas de salud bucal y enfermedades tropicales.

La población de este distrito también identifica algunas enfermedades como más prevalentes en las comunidades donde viven o a las que representan, son las siguientes:

- Diarrea
- Vómitos
- Parasitosis
- Tos
- Fiebre
- Gripe
- Dengue
- VIH/SIDA

En este caso, la coincidencia respecto a lo reportado por el Ministerio de Salud se observa en las afecciones gastrointestinales, ya que algunas de las principales causas de morbilidad en todas las etapas de vida son "otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado" y "gastritis y duodenitis" (ver Tabla 5). Otros problemas recurrentes son afecciones respiratorias como la faringitis aguda. En Purús también llama la atención que no se hayan mencionado a los

problemas dentales, ya que son una causa de morbilidad recurrente, principalmente en las etapas de vida de 12 a 17 años y de 18 a 29 años.

Tabla 5. Principales causas de morbilidad en el distrito de Purús, por etapa de vida (2021)

N°	ETAPA DE VIDA				
	0 a 11 años	12 a 17 años	18 a 29 años	30 a 59 años	60 años a más
1	Faringitis aguda	Caries dental	Faringitis aguda	Dorsalgia	Dorsalgia
2	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	Faringitis aguda	Gastritis y duodenitis	Faringitis aguda	Faringitis aguda
3	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	Otros trastornos del sistema urinario	Otros trastornos del sistema urinario	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado
4	Anemias por deficiencia de hierro	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	Caries dental	Gastritis y duodenitis	Otros trastornos del sistema urinario
5	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	Gastritis y duodenitis

Fuente: Oficina de Gestión de la Información del Ministerio de Salud.

Por último, entre los síndromes culturales más señalados por la población indígena de Purús están el daño y el mal aire.

3.3. Información sobre salud

Uno de los ejes claves para la atención en salud es la transmisión de información, sobre todo de mensajes claves e ideas fuerzas, sobre determinadas enfermedades, ya sea para prevenir su contagio o promover que cuando se identifiquen los signos y síntomas la población acuda inmediatamente a un centro de salud. Además, está también el acceso a información que posibilite a la población conocer cómo funciona el sistema sanitario y acceder a los servicios de salud.

Si bien los responsables de salud intercultural o salud de pueblos indígenas, tanto de la DIRESA Ucayali como de la DIRESA Amazonas, así como de la Red de Salud Condorcanqui y la Red de Salud Coronel Portillo reconocen la importancia de llevar información culturalmente pertinente, y se ha intentado producir materiales de comunicación que consideren las lenguas y las características de la población, estos esfuerzos todavía resultan insuficientes, pues la población indígena no hace uso de está información, ya que muchas veces se utiliza un lenguaje técnico–profesional. Asimismo, como se mencionó previamente, son pocos los profesionales de salud que dominan las lenguas habladas en cada ámbito, lo que se hace más evidente en el distrito de Purús, donde hay una mayor diversidad lingüística.

Con respecto a la difusión de información sobre salud, hay opiniones divergentes entre los funcionarios y personal de salud entrevistados. Por un lado, se indica que las radios son un medio con llegada a las comunidades, por lo que se emiten spots a través de sus frecuencias. Por otro lado, se indica que tienen un alcance limitado, ya que solo aquellas familias que cuentan con un equipo de radio pueden acceder a estos mensajes, por lo que se considera que la difusión *in situ* es más efectiva, más aún si es que se da a través de sesiones de diálogo intercultural en las que, además de difundir información, se disponga de un espacio para absolver dudas o consultas.

> "Lo radial no llega a toda la población, solo los que tienen radio escucharán, los que no, no llega. Lo mismo igual la televisión (…) Entonces, la mejor información, allí en población originaria, es el diálogo, es las sesiones de diálogo intercultural para transmitir la información correcta y desde ello recoger sus temores." (Funcionaria de la Dirección Regional de Salud de Amazonas).

Es necesario precisar que la realización de estos diálogos interculturales implica costos elevados -para la contratación de facilitadores, el traslado de participantes, la compra de refrigerios, etc.-, montos con los que las Redes de Salud o las Direcciones Regionales de Salud no cuentan. En este sentido, una de las demandas de los funcionarios entrevistados es la de un presupuesto institucionalizado para poder realizar actividades como estas dirigidas a pueblos indígenas.

En este contexto en el que no hay una estrategia comunicacional definida por el sector para contextos de frontera, aparecen actores clave en la difusión de información en salud. Los líderes indígenas tienen un rol muy importante en la transmisión de información sobre salud. Recientemente, han tenido mucha influencia en la vacunación contra la COVID-19, facilitando dicho proceso en las comunidades nativas. Como indica una funcionaria de la Red de Salud Condorcanqui: "ellos [los líderes indígenas] han puesto el hombro primero en su comunidad".

Otros de los actores clave identificados para la difusión de mensajes sobre salud en las comunidades nativas son los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), los docentes y los pastores evangélicos. En el caso de los primeros su trabajo es valorado positivamente, ya que los ACS participan de manera activa en la difusión de spots elaborados por el sector Salud. Entre los docentes, por otro lado, la percepción es negativa, ya que, en casos como el proceso de vacunación contra la COVID-19, contribuyen con la difusión de mensajes erróneos. Del mismo

modo, se hace referencia a la difusión de mensajes en contra de la vacunación por parte de los pastores evangélicos.

> "Los profesores han sido los opositores para las medidas preventivas, para el tema de la vacunación, incluso eran quienes llevaban los mensajes negativos a la comunidad. Nosotros hubiésemos querido que hubiesen sido aliados, pero no, ellos eran todo lo contrario." (Funcionaria de la Red de Salud Condorcanqui).

> "Ahorita hay bastante confusión, que tenemos que trabajar bastante sobre vacunas en las comunidades indígenas, bastante debemos trabajar. Hay pastores que tienen otra política, otra política aplica, que ellos ya no confían en las vacunas, ellos confían en el espíritu de Dios, ellos ya se sienten protegidos espiritualmente. Entonces, con su congregación que congregan ellos, orientan de esa manera. Los docentes también tienen otra política. Escuchando eso, entonces hay bastante que trabajar". (Líder indígena de Río Santiago).

Además de la vacunación contra la COVID-19, los actores entrevistados identifican otros problemas de salud en los que el aspecto comunicacional es muy influyente. Por ejemplo, en el distrito de Río Santiago mencionan su importancia para la prevención y control del VIH, difundiendo información sobre las formas de transmisión de esta enfermedad, su cuadro clínico, su detección y el tratamiento a seguir. Asimismo, respecto a la malaria, señalan que se debe trabajar en la promoción de ambientes saludables en los que se eliminen las condiciones que permiten la proliferación de los mosquitos transmisores de esta enfermedad.

En el caso del distrito de Purús, indican la importancia de brindar información sobre el tratamiento del agua no segura, para así prevenir infecciones gastrointestinales. Asimismo, destacan la necesidad de fortalecer las acciones comunicacionales para promover que el consumo de suplementos de hierro entre los menores con anemia, ya que estos insumos que son rechazados por la población, quienes, según una enfermera del Centro de Salud Purús, indican que "causa diarreas, causa estreñimiento, causa vómitos". Finalmente, también mencionan la importancia de la sensibilización para la adherencia al tratamiento antirretroviral entre aquellas personas que viven con VIH.

3.4. Pandemia de COVID-19

El Perú ha sido uno de los países más afectados por COVID-19, ya que tiene la mayor tasa de mortalidad por cada millón de personas. La crisis sanitaria provocada por esta enfermedad se sintió con más fuerza en los estratos socioeconómicos más pobres y en los territorios indígenas amazónicos. La propagación desigual de este virus respiratorio se debe a la vulnerabilidad estructural que afecta más gravemente a los grupos subrepresentados (Biehl, 2021). De acuerdo con la Sala de Población Indígena con COVID-19[20] del MINSA, al 19 de abril de 2022 se confirmaron 23,089 casos de COVID-19 entre población indígena amazónica, siendo Loreto la región más afectada presentando 7,774 casos (33.7% de los casos totales), seguido de Amazonas con 7,305 casos (31.6%) y Ucayali con 2,748 casos. Aunque las estadísticas de COVID-19 no hacen referencias al número de muertes diferenciados por pertenencia étnica, por los reportes que las mismas organizaciones realizaron se sabe que el pueblo Awajún fue uno de los más afectados.

Cuando la pandemia inició los establecimientos de salud estaban desabastecidos, el personal de salud no recibía mucha información sobre esta nueva enfermedad y no contaban con el equipo necesario para brindar sus atenciones. Incluso, en la comunidad de San Rafael el personal cerró el puesto porque se había contagiado, pero como en la comunidad hubo muchos contagios el agente comunitario en salud fue el encargado de continuar atendiendo los casos sospechosos de COVID-19.

> "Como puesto de salud desconocíamos del COVID – 19, y mucho menos teníamos idea de cómo atender a los pacientes con este virus. Por otro lado, no contábamos con implementos médicos ni medicamentos contra esta enfermedad. Sin embargo, hicimos todo el esfuerzo para solicitar los materiales necesarios y empezamos atender con los recursos disponibles en el puesto de salud" (Personal de salud de Río Santiago).

Esta situación se mantuvo durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19, los establecimientos de salud de los distritos de Río Santiago y Purús permanecieron cerrados. En algunos casos, se continuaban atendiendo emergencias como partos o hemorragias, pero se dejaron de lado las acciones preventivas en su totalidad. Asimismo, no estuvieron autorizados para realizar actividades extramurales, es decir, fuera de los ambientes de cada establecimiento de salud, para atender las necesidades en salud de la población.

Para atender la propagación del virus en los territorios amazónicos, el 21 de mayo de 2020, setenta días después de iniciada la emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud aprobó el "Plan de intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía peruana frente a la emergencia del COVID-19"[21], con un presupuesto de 88'426,234 soles. Este plan tenía como objetivos: fortalecer las medidas de prevención desde el nivel comunitario y mejorar la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud I-3 y I-4 (MINSA, 2021).

Sin embargo, como ya fue resaltado previamente, la mayoría de las comunidades nativas solo cuenta con puestos de salud I-1 y I-2 que no tenían capacidad operativa para responder ante la acelerada propagación del COVID-19 y, al no estar contemplados dentro del plan, siguieron permaneciendo desabastecidos. Por otro lado, los establecimientos priorizados son centros de salud y hospitales localizados en puntos intermedios, que no son de fácil acceso para todas las

---

[20] https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/ (Revisado el 13 de junio de 2022)

[21] La aprobación de este plan no garantizo la transferencia del presupuesto, el cual fue autorizado recién el 23 de junio de dicho año.

comunidades. Asimismo, la población no tenía confianza en la atención brindada en estos establecimientos.

> "Los contagiados con el COVID no querían que los lleven al centro de salud, mucho menos al hospital. Ellos decían que el hospital es el lugar donde los indígenas van a morir solos y si les toca morir quieren estar cerca de su familia. Eso hacía que en muchos casos no avisen cuando estaban enfermos y donde podíamos nosotros llegábamos porque la verdad no nos dábamos abasto para atender sobre todo la parte baja, donde hubo más pacientes positivos de COVID" (Enfermero técnico de Río Santiago).

Si bien hay acciones implementadas en el marco de este plan que son valoradas positivamente por los funcionarios entrevistados, tales como la contratación de personal de salud con sueldo diferenciado y la incursión de brigadas que brindaron atención integral en las comunidades nativas, se cuestionan algunos puntos de esta política.

El primero de ellos está relacionado con una percepción de demora en la respuesta desde el Ministerio de Salud, lo que se vio reflejado en el retraso de la llegada de pruebas rápidas para el descarte de la COVID-19 o en la demora en la implementación de centros de aislamiento temporal. A decir de una exfuncionaria de la Red de Salud Coronel Portillo, que laboró en dicha institución durante los primeros meses del estado de emergencia por la pandemia de COVID-19, "la brigada móvil llegó para confirmar lo que ellos ya sabían: que habían tenido COVID". Además, hay críticas respecto a la planificación y asignación presupuestal de este plan, el cual indican no contempló el traslado de materiales e insumos hasta las comunidades nativas, pero tenía un presupuesto excesivo para la compra de combustible.

3.4.1. Respuestas indígenas frente al COVID-19

En este contexto, los pueblos indígenas en ambos distritos desde el inicio de la emergencia sanitaria por COVID-19, realizaron diferentes acciones para preservar su salud y evitar la entrada del virus a sus territorios. A nivel comunal, se tomaron varias medidas para evitar que personas externas ingresen a sus territorios y puedan transmitirles el coronavirus, formándose así una especie de cerco epidemiológico comunitario. Algunas de las principales medidas fueron:

- Aislamiento. Muchas familias se quedaron en las comunidades, pero otras optaron por retirarse a sus chacras o al monte, sobre todo las de mayor edad.
- Cierre del acceso a las comunidades para restringir el ingreso y salida de personas.
- Control del tránsito fluvial y terrestre.
- Establecimiento de protocolos sanitarios para la repartición de víveres y entrada y salida de personas.
- Conformación de comités de vigilancia.
- Coordinación con el personal de salud.

Pese a las medidas adoptadas, la COVID-19 llegó a los pueblos indígenas que se encuentran en ambos distritos, especialmente cuando se flexibilizó el autoaislamiento. Si bien el aislamiento voluntario ha sido una práctica común de los pueblos indígenas para protegerse de las invasiones y epidemias, y aún se mantiene entre algunos de ellos, en la pandemia comunidades con un

intenso contacto optaron por aislarse (VILAÇA, 2020). Sin embargo, para muchos indígenas mantener el aislamiento en sus actuales condiciones fue complicado, por eso se flexibilizó, por lo menos, por cuatro motivos: gestionar apoyo con las autoridades, cobrar los estipendios económicos de los programas sociales, abastecerse de alimentos y dejar ingresar a los retornantes.

> "Llegamos a Galilea y nos mandaron al colegio, pero como ya todo estaba ocupado había unas casas que estaban hechas de yarina, de madera y con la parte libre, ahí nos acomodaron, nos pusieron el colchón y nos dieron mosquitero. En el lugar nos quedamos tres chicas: dos eran wampis y yo era awajún. Nos dieron comida y nos quedamos ahí. Al día siguiente yo le llamo a mi papá y le digo que venga a llevar mis cosas. Mi papá llega y yo quería abrazarlo, pero no me permitían. Fuerte fue ese control" (Retornante awajún).

Un aspecto importante para destacar es la respuesta de las organizaciones indígenas frente a la pandemia de COVID-19, quienes desde el inicio hicieron incidencia política y presión mediática para que se implemente con carácter de urgencia acciones para atender la salud de la población indígena. En ambos distritos solicitaron participar en las gestiones de las medidas, ser incluidos en los Comandos COVID Indígenas, solicitaron ayuda social equivalente en víveres y materiales de desinfección, para mantener el aislamiento. Como la dispersión y las distancias geográficas dificultan la llegada del Estado a la Amazonía, pusieron a disposición su logística para trasladar de manera más rápida y directa los medicamentos, pruebas y equipos.

Mientras comunidades enteras ya se habían contagiado y las acciones del Estado se concretizaban lentamente, a nivel local, los pueblos indígenas, independientemente o con apoyo de sus aliados, llevaron a cabo estrategias en las que combinaron las mejores prácticas de la biomedicina y la medicina indígena. Así solicitaron donaciones de medicamentos para reactivar los botiquines comunales y el uso de plantas estuvo acompañado de la administración de medicamentos.

En el caso del distrito de Río Santiago, se resalta el rol del Gobierno Territorial Autónomo de la Nación Wampis (GTANW) que, con el apoyo de instituciones como la ONG Nia Tero, abasteció de medicamentos e insumos a los establecimientos de salud de la cuenca del río Santiago -y también del río Morona, en la provincia de Datem del Marañón-.

> "Las organizaciones indígenas estuvimos varios meses solicitando al gobierno regional en Chachapoyas, al gobierno nacional que intervenga inmediatamente en las zonas de frontera, pero no tuvimos respuesta" (Dirigente de Federación de Comunidades Awajún del Santiago)

Se debe notar que las organizaciones indígenas, en ambos distritos, desde el inicio de la pandemia, al recibir información de las autoridades comunales sobre personas con sintomatología sospechosa de COVID-19, empezaron a crear sus propios registros para exigir la intervención inmediata de las autoridades. En este contexto, un caso emblemático, lo constituye la región de Ucayali, donde se conformó una red de aliados entre autoridades sanitarias, líderes indígenas y cooperantes que posibilitó a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) consolidar una buena sala situacional COVID-19 en población indígena.

Asimismo, en ambos distritos el rol de los agentes comunitarios en salud fue bastante relevante, aunque no reciben las normas del MINSA y no se permite que ellos realicen atenciones, ante la falta de personal y la propagación rápida del coronavirus tuvieron que atender a las personas que presentaban una sintomatología asociada al COVID-19. Este punto es clave porque muestra la necesidad de repensar el papel de los agentes comunitarios en salud.

3.4.2. El conocimiento indígena

En las entrevistas se hace referencia al uso de la medicina indígena, principalmente de plantas medicinales, para fortalecer el cuerpo y así evitar contagiarse y tratar los síntomas causados por esta enfermedad, lo cual, desde la perspectiva de autoridades y personal de salud entrevistado, tuvo resultados positivos en el control de casos de COVID-19.

> "Nosotros hemos enfrentado el COVID a través de nuestras plantas medicinales que tenemos las diferentes etnias (…) gracias a eso nos hemos protegido del COVID." (Dirigente de la Federación de Comunidades Nativas de la Provincia de Purús).

Algunas de las plantas utilizadas para el COVID-19 fueron: jengibre, ajo sacha, hojas de guayaba, pan de árbol, palo de remo, matico, sangre de grado, hojas de ayahuasca, mucura, achiote, eucalipto, manzanilla, hierba luisa, piñón colorado y malva. Además de miel, cebolla, limón, naranja, toronja y ajos. Estas plantas se combinaban para hacer preparados, infusiones, masajes, frotaciones antes de dormir, vaporaciones, baños y sahumerios.

Incluso en el río Santiago, en el año 2021, Gilto Samekash, awajún, enfermero técnico en salud intercultural y actual gerente de la Microred de Galilea implementó una acción intercultural para atender a los pacientes que se negaban a ser trasladados a la Poza, para ser atendidos en el centro de salud. Debido a las muertes por coronavirus, las personas contagiadas con un cuadro grave se negaban a ser trasladadas a los centros y hospitales. Ante está situación, Gilto implementó la "hospitalización domiciliaria". Así las personas pueden permanecer en sus casas, cerca de sus parientes, recibiendo cuidados por parte de ellos, a la vez que son monitoreados por el personal de salud, quién les administra medicamentos por diversas vías y permite el uso de terapias indígenas, como la vaporación para despejar los pulmones.

Si bien las plantas medicinales fueron muy usadas para atender a los contagiados y restablecer su salud, esto, sobre todo, en el caso de los awajún del río Santiago no impidió la muerte de algunos de sus líderes, sabios y dirigentes. Esto no significa que las explicaciones occidentales sobre este virus hayan relegado o subordinado a las explicaciones indígenas. Por el contrario, observamos que postpandemia hay una suerte de fortalecimiento de los conocimientos y prácticas sanitarias indígenas en ambos distritos.

> "Como wampis queremos que se reconozca nuestros saberes, a nuestros sabios. Ya hemos declarado nuestro territorio como un gran hospital natural porque hay muchas plantas que sabemos como manejar. Ahora queremos producir nuestros propios remedios en base a los vegetales para atender el COVID y muchas enfermedades más" (Responsable de salud del Gobierno Territorial Autónomo Wampis)

A diferencia de lo ocurrido con el pueblo Awajún, para los wampis el haber usado plantas medicinales evitó que hubiera un alto número de personas contagiadas y muertas, pues estas los mantuvieron fuertes. Por este motivo, en pleno contexto de pandemia, decidieron declarar su bosque y territorio como un Hospital Natural y exigir al gobierno su protección, reconocimiento y respeto. Además, señalan que aun cuando se viene demostrando la eficacia de su propia medicina, el Estado peruano no hace nada por reconocer los aportes de sus conocimientos en el campo de la salud, así como en la prevención y atención de enfermedades.

En ese sentido, una de sus apuestas políticas para garantizar la salud de todos los wampis es revalorar y rescatar las plantas medicinales y otros repertorios terapéuticos que tienen, así como fortalecer su sistema de salud propio e impulsar un centro de producción de medicina natural en su territorio. En su pronunciamiento del 9 de agosto de 2020 señalan que "la existencia de los espíritus de la naturaleza y su relación con la humanidad constituyen el sistema de conocimiento de la nación Wampis". En un escenario de post pandemia la importancia de las plantas medicinales y la demanda por el reconocimiento de sabios y sabias indígenas, así como de los

conocimientos que poseen está volviendo a cobrar mucha fuerza dentro de la agenda de los pueblos indígenas.

3.4.3. La información y comunicación durante la pandemia

La pandemia por COVID-19 se caracteriza por una "infodemia", esto es, un exceso de información -precisa e imprecisa- relacionada a esta nueva enfermedad, la cual es compartida a una velocidad sin precedentes (RUI et al, 2021). Este dinamismo en la producción y difusión de información parece no haber advertido a las autoridades peruanas acerca de la necesidad de generar información oportuna, precisa y específica sobre y para los pueblos indígenas, quienes accedían a una variedad de noticias que muchas veces los preocupaban y desinformaban.

Frente a las demoras en las comunicaciones a cargo del Ministerio de Cultura, así como en la adecuación e incorporación de la pertinencia cultural en la información emitida por el MINSA, las organizaciones y algunas instituciones aliadas del movimiento indígena se encargaron de producir reportes al respecto.

La difusión de información por parte de las organizaciones indígenas tuvo, por lo menos, dos características: informar sobre la situación que estaban viviendo, y promover la producción de información para las comunidades relacionadas al COVID-19. Inclusive antes de que el propio Estado desarrolle una estrategia comunicacional, estas organizaciones, ya sea de forma independiente o en colaboración con sus aliados estratégicos, pese a sus limitaciones, han elaborado diferentes piezas comunicacionales, con mensajes claros sobre la enfermedad, lenguaje sencillo, en sus propias lenguas y pertinente a sus contextos.

3.4.4. La vacunación

De acuerdo con el Repositorio Único Nacional de Información en Salud, para junio de 2022 el distrito de Río Santiago presenta tasas de vacunación muy por debajo del promedio departamental (ver Tabla 6), mientras que en el caso de Purús la diferencia no es tan marcada (ver Tabla 7).

Tabla 6. Porcentaje de cobertura de vacunación en el distrito de Río Santiago y el departamento de Amazonas, por dosis (período meta 2022)

DOSIS	RÍO SANTIAGO	AMAZONAS
PRIMERA DOSIS	29.9%	72.6%
SEGUNDA DOSIS	21.5%	66.3%
TERCERA DOSIS	8.7%	46%

Fuente: Repositorio Único Nacional de Información en Salud

Tabla 7. Porcentaje de cobertura de vacunación en el distrito de Purús y el departamento de Ucayali, por dosis (período meta 2022)

DOSIS	PURÚS	UCAYALI
PRIMERA DOSIS	68.3%	78.6%
SEGUNDA DOSIS	54.4%	68.9%
TERCERA DOSIS	35%	47.8%

Fuente: Repositorio Único Nacional de Información en Salud

En el distrito de Río Santiago una de las problemáticas es el temor y rechazo de las vacunas. Este rechazo se debe a la falsa información que se difunde a través de las redes sociales o de boca a boca sobre los efectos adversos de las vacunas contra el COVID. Incluso se reporta que algunos docentes en las instituciones educativas rechazan abiertamente las vacunas, haciendo más difícil el trabajo de concientización a la población. Las iglesias también malinforman a sus feligreses diciéndoles que la vacuna tiene el sello 666, los van a desaparecer y por eso no deben vacunarse, entre otros factores más. Ante está negativa, el personal de salud ha implementado algunas estrategias para brindar información a las comunidades y acepten las vacunas. Pues en la primera etapa de vacunación hubo un fuerte rechazo.

> "Cuando llegaron las vacunas, los awajún y wampis no querían vacunarse. Eso que en el río Santiago hay personal indígena, pero no querían recibir. Lo que hice fue conversar con el presidente del Gobierno Territorial Wampis para explicarles porque es buena está vacuna y pedirle que me apoye, porque así no podemos estar, obstaculizando el trabajo del personal de salud. Entonces, con su permiso visité varias comunidades explicándoles a las autoridades y comuneros lo de la vacuna. Así logramos aumentar la vacunación" (Personal de salud awajún de la Microred Galilea).

Asimismo, se reporta una demora en la llegada de las vacunas a este ámbito, lo que influyó negativamente en el avance del proceso. Tal como indica un líder indígena del distrito de Río Santiago: "ahorita vacuna poco ha llegado, ha demorado muchos meses el Estado que se presencie".

En el caso del distrito de Purús, se señala que hubo demoras en la entrega de vacunas. Asimismo, se indica que, inicialmente, había actores que difundían información negativa sobre las vacunas, indicando que podrían causar la muerte. Sin embargo, se subraya el trabajo de la FECONAPU para promover la aceptación de la vacunación en las comunidades nativas.

Pese a que el sector Salud, tanto a nivel nacional como a nivel regional, elaboró planes de vacunación de COVID-19 para pueblos indígenas, las bajas tasas de vacunación y la resistencia de la población a recibir las vacunas se debe principalmente a la desconfianza que los pueblos indígenas, que viven en ambos distritos, tienen hacia al sistema de salud y al Estado peruano, por la manera en cómo se ha relacionado históricamente con está población. Cabe notar que esta relación se caracteriza por una tensión permanente, y aún permanece la percepción que el Estado quiere desaparecer a los pueblos indígenas. Es en este contexto, donde muchas de estas percepciones y tensiones se reviven en el campo de la salud, pues es a través de este sector que el Estado tiene contacto directo con los cuerpos indígenas y puede poner en riesgo su salud.

Quisiéramos destacar que, aunque la situación de Purús y el río Santiago son diferentes, pues en el primer escenario se ha aceptado la vacuna del COVID-19, mientras que en el segundo escenario hay un marcado rechazo hacía las vacunas en general, en ambos contextos el involucramiento de lideres y personal de salud indígenas en este proceso ha sido fundamental. Ellos a diferencia del personal de salud sabían como dialogar con la población, se tomaron el tiempo de resolver sus dudas, contestar la información equivocada que estaba siendo difundida y llevar algunos mensajes claves sobre este tema. Esto se presenta como una oportunidad que debería ser aprovechada por el sector salud, para pensar en una estrategia de comunicación que incluya a los actores locales que pueden ayudar a transmitir ideas fuerza y mensajes claves sobre temas relacionados a la salud.

3.5. Participación e involucramiento de las organizaciones indígenas

En ambos distritos, en las organizaciones indígenas hay una preocupación porque se implementen acciones para mejorar su salud, pero sobre todo para brindar una atención rápida. Especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19 ha quedado evidenciada la capacidad de articulación de las organizaciones para brindar atención inmediata y hacer frente a los problemas de salud. Mientras comunidades enteras se habían contagiado y las acciones estatales se concretaban lentamente, a nivel local, los pueblos indígenas desarrollaron estrategias en las que combinaron prácticas biomédicas y medicina indígena para atender a los contagiados.

En ambos distritos, la población indígena tiene fuertes cuestionamientos a la oferta sanitaria, además de considerarla precaria e insuficiente, se aprecia una suerte de "rechazo" a los servicios de salud, en un escenario marcado por una fuerte automedicación con fármacos, se explica porque existe una desconfianza hacia los servicios que ofrece el Estado. Estos en general son percibidos como deficientes y hay cierta desconfianza a la atención que reciben, por la falta de medicamentos, personal e incluso se han dado casos de malos tratos por parte del personal.

El entendimiento que tienen los pueblos indígenas -especialmente los wampis-, en ambos distritos, sobre la necesidad de su involucramiento en el desarrollo de un sistema de salud pensado en las comunidades, los ha motivado a proponer una vez más, un sistema de salud intercultural amazónico, basado en sus conocimientos y pertinente a cada realidad regional y local. En este sistema, la medicina indígena y la biomedicina son colocados en el mismo nivel de valoración, esto posibilita un verdadero diálogo de saberes, la articulación de conocimientos e iniciativas, la toma de decisiones conjuntas y la incorporación de promotores y especialistas indígenas. Para que este subsistema se ponga en práctica la voluntad política del Estado es importante, pero se requiere principalmente contar con profesionales indígenas que asuman el desarrollo de este subsistema en sus pueblos.

A partir de los cuestionamientos indígenas a los discursos y actuaciones del gobierno, se muestra que, sin la participación e involucramiento de la estructura organizativa y la logística indígena, el aparato estatal difícilmente podrá mejorar la atención sanitaria en las comunidades. Estos cuestionamientos, además, tensionan la concepción pública estatal y la aplicación de categorías como interculturalidad, diálogo y participación.

Aun cuando el diálogo es una parte fundamental del enfoque intercultural para el Estado, parece que al momento de establecer estos diálogos hubiera "olvidado" que un principio básico de este proceso es la capacidad de saber escuchar para aprender del/con el otro. Así el diálogo que pone en práctica es sobre todo un mecanismo para validar con los indígenas las propuestas técnicas diseñadas previamente por sus especialistas. Una especie de diálogo de una sola vía, donde los indígenas, por lo general, son percibidos como oyentes pasivos, pues sus reflexiones y propuestas recién son consideradas o tomadas en cuenta, cuando el diálogo se pone tenso o se rompe y se pasa al plano de la confrontación.

En este contexto, el Agente Comunitario en Salud (ACS) o promotor (como es conocido en estas zonas) es una figura muy relevante para la atención en salud en zonas de frontera, pues es el encargado de brindar la primera atención, especialmente en las comunidades donde no hay establecimientos de salud o deben recorrer grandes distancias para acceder a los servicios de salud. Sin embargo, muchas veces está atención la realiza de forma precaria, pues las normas del sector no permiten que el promotor pueda atender casos de urgencia y emergencia. Por este motivo, algunas organizaciones gestionan la donación de medicamentos que fueron entregados a los promotores para que pueda realizar bien su trabajo.

Por otro lado, en las entrevistas realizadas se aprecia que la población indígena tiene confianza en el promotor y acude a él cuando tiene alguna afección o dolencia que no ha podido tratar de

manera autónoma en su hogar, pues al ser también un indígena los atenderá bien, y de ser necesario permitirá que vayan a un sabio indígena o consuman plantas. Articulando así en su atención sus conocimientos propios y la biomedicina, convirtiéndose en un puente entre ambos sistemas médicos.

> "Nosotros los promotores coordinamos con el personal de salud, autoridades locales, autoridades educativas para realizar actividades de concientización para la prevención de diferentes enfermedades que afecta más a la comunidad como el dengue, la fiebre tifoidea, el VIH, las enfermedades de transmisión sexual y con las autoridades locales la prevención de embarazo no deseado." (Promotor awajún del río Santiago).

Se destaca también el rol de liderazgo que tienen los ACS en el ámbito comunitario y que, a pesar de no contar con una remuneración digna, realizan una ardua labor, recorriendo cada vivienda y dialogando con la población para acercarla a los servicios de salud.

> "Aquí hay un rol importante que hemos visto del promotor, agente, que trabaja en el centro de salud, algunos centros de salud tienen promotores. Es un líder, líder que convence, busca. A mi parecer trabaja más que el técnico que trabaja en el centro de salud. ¿Y cuánto recibe su mensualidad? 150 soles (…) Ese promotor se va casa por casa para ubicar los enfermos que existen, para ubicar mujeres embarazadas que no quieren ir al centro de salud y las convence, se sienta a conversar, a explicar con paciencia, tiempo toma, y logra, la lleva al centro de salud". (Líder indígena de Río Santiago).

En el contexto de la pandemia por COVID-19, las organizaciones indígenas están nuevamente cuestionando con mucha fuerza el reconocimiento oficial de los promotores por parte del sector salud. Para los líderes y representantes de organizaciones con quienes conversamos, el MINSA no está reconocimiento el trabajo que los promotores realizan como cuidadores de la salud, si así lo hicieran deberían asignarles una compensación económica mensual, capacitarlos y dotarlos de medicamentos. Para ellos el trabajo de los promotores no debería seguir siendo percibido como "voluntario", pues para realizar actividades preventivo–promocionales y asistenciales ellos deben dejar sus actividades personales.

Mientras para el MINSA el ACS es un acompañante del personal médico y no médico, que se dedica a actividades de prevención y promoción, para los indígenas el promotor está entrenado para brindar atenciones básicas y administrar tratamiento en caso de emergencias, hasta que llegue el personal o pueda ser referido a un establecimiento. En las comunidades, donde no hay establecimientos los ACS son la primera puerta de acceso al sistema de salud, por eso para los indígenas es clave reactivar los botiquines comunales, dotarlos de medicamentos, establecer una compensación económica por los servicios que brindan, incorporarlos a la red de atención y mejorar sus medios de comunicación.

3.6. Medicina indígena

Cada grupo cultural define, entiende y padece la enfermedad de una manera específica. Si bien cada pueblo indígena amazónico tiene sus particularidades, existen ciertas características generales identificadas en la literatura revisada. Para entender los sistemas de salud amazónicos, debemos aproximarnos a sus concepciones de salud y de enfermedad, así como a los cambios que se vienen dando a nivel epidemiológico en estas poblaciones, pues nuevas enfermedades ahora afectan a las comunidades indígenas y sus respuestas frente a ellas nos pueden dar luces sobre cómo orientar las intervenciones.

Los "pueblos originarios han basado sus sistemas de salud en cosmovisiones propias, en prácticas e innovaciones cultuales específicas, en la cuidadosa transmisión de un patrimonio cultural altamente especializado y en una adecuada provisión de recursos, fruto de una respetuosa, eficiente y, a veces, austera relación con su entorno natural" (MINSA, 2002: 15). Ello obliga a pensar que "no basta con una política intercultural que reconozca la diversidad en términos genéricos, sino que se requiere que ésta establezca un acercamiento y un diálogo con cada universo socio-cultural especifico" (MINSA, 2002).

Por ejemplo, para los awajún y wampis la salud es explicada como el equilibrio de la persona, a nivel personal y colectivo. Estar sano implica un conjunto de condiciones físicas, espirituales, emocionales y sociales. Además, la conservación de su territorio es importante para vivir bien. La enfermedad es concebida como el desequilibrio del estado normal de la persona, a causa de diferentes factores, y es ocasionada o traída por otra persona o ser (Grupo DAM, 1979; BROWN, 1984, FLORES, 2020).

En estos pueblos se busca prevenir la enfermedad evitando a las personas o los lugares que creen que están infectados por enfermedades contagiosas. Asimismo, se debe anotar que cuando una persona se enferma repentinamente o alguien aparentemente sano se enferma suelen sospechar que estas afecciones se han producido por daño o brujería (BROWN, 1984).

Incluso se piensa que pueden ser transportadas por el viento. Cuando se produce el malestar, identifican los signos y síntomas en base a sus propios sistemas de clasificación de enfermedades (MINSA, 2017). Así, dependiendo de las causas atribuidas a la dolencia, pueden encontrar el tratamiento más conveniente, lo que en la actualidad incluye tanto a la oferta estatal como a sus propios repertorios terapéuticos.

> "Mi primo el otro día se enfermó lo llevamos al centro de salud, pero nada, le ponían su vía y no pasaba nada. De ahí sus hermanos lo han llevado donde el curandero, ahí ha visto lo que le han hecho daño. Dice que estaba con fiebre tifoidea, pero no se podía curar, porque era brujería. El brujo en su virote mete la enfermedad que te quiere dar y luego te sopla. Y eso no se puede sanar en la posta de salud." (Personal de salud wampis).

En el caso del distrito de Purús, si bien hay mayor variedad de pueblos indígenas, se comparten algunos puntos en común. La salud también está vinculada a un equilibrio individual y social, particularmente asociado a las ganas que se tienen para trabajar y desarrollar actividades cotidianas, así como a mantener buenas relaciones interpersonales (MINSA, 2009). La enfermedad, por el contrario, implica una pérdida de la voluntad para trabajar o para socializar, lo que se manifiesta en síntomas fisiológicos como dolores, fiebre o diarrea.

La manera de explicar las enfermedades entre los pueblos indígenas no son el resultado de una acción específica del enfermo, es decir, no hay responsabilidad propia en la afección, pues otro agente es el causante del daño sufrido. En este contexto, se requiere que las acciones dirigidas desde los servicios de salud estén alineadas a las maneras locales de entender la enfermedad.

El hecho de que los pueblos indígenas utilicen la medicina que se brinda en los establecimientos de salud estatales no significa que hayan asumido y reconocido en su totalidad los fundamentos del sistema médico occidental. Aun cuando estos pueblos buscan cada vez más acceder a los servicios de salud y a pesar del fuerte proceso de condena al uso de la medicina indígena, esta continúa siendo empleada en la prevención y curación de enfermedades.

En las comunidades es frecuente que, al presentarse una enfermedad, la elección del repertorio terapéutico por parte de la familia esté basada en las nociones indígenas de salud y enfermedad, y se empleen plantas en su curación. En caso la afección de la persona sea de gravedad se suele buscar a especialistas de la medicina indígena para que, en base a los síntomas y probables causas de la dolencia, recomienden el tratamiento más adecuado

El rol que juegan los vegetales en la curación es decisivo, no solamente por su función terapéutica, sino porque son fuente de conocimiento. En el lenguaje chamánico se conoce a su espíritu o madre como entidades que enseñan y actúan por sí mismas (REATEGUI, 2003). Incluso entre los wampis hay una iniciativa para que se reconozca a los sabios y sabias, reciban capacitaciones y puedan brindar atención en un local que ellos esperan implementar en los próximos meses, donde además instalarán un huerto de plantas medicinales y un espacio para la elaboración de productos derivados de estas plantas como tinturas, remedios, ungüentos y pomadas.

Los pueblos indígenas tienen una fuerte relación con su territorio. Para muchos entrevistados el territorio es percibido como su casa, su farmacia, su mercado y su escuela. Por eso cualquier aspecto que afecte al territorio también afectará la pervivencia de estos pueblos. En las últimas décadas la vida de los pueblos indígenas ha venido experimentado una serie de cambios, algunos que los han impactado de manera negativa. En gran parte estos cambios han estado asociados a la colonización amazónica, que se ha dado en diferentes etapas, y a la expansión de las fronteras económicas que ha provocado un mayor contacto con la sociedad euroamericana.

Estos cambios, además de alterar los patrones y modelos de vida, están afectando directamente su salud, ya que las nuevas formas de vida, caracterizadas por las altas concentraciones poblacionales, la extracción y contaminación de recursos contribuyen a que las nuevas enfermedades -generadas por este proceso- se multipliquen (CHAVEZ et al, 2015). El deterioro del medio ambiente ha contribuido a que haya una tendencia a la pérdida de diversidad de cultivos, disminución de fuentes de proteínas provenientes de la caza, la pesca y la recolección, así como la introducción de alimentos foráneos, produciéndose en consecuencia un debilitamiento de la dieta alimenticia indígena (UNICEF, 2014).

En algunos casos, está situación se agrava, la contaminación ocasionada por las actividades extractivas compromete la alimentación, pues su subsistencia depende los recursos que esas aguas y suelos les proveen (UNICEF, 2014). En consecuencia, la salud de los pueblos indígenas se encuentra en un “proceso de acumulación epidemiológica, (…) además de las enfermedades más recurrentes, se ha advertido el inicio de morbilidades y mortalidades relacionadas con los procesos de cambio que inciden en ellos.” (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2015: 32).

3.7. Enfoque intercultural en los servicios de salud

Si bien a nivel nacional el Ministerio de Salud tiene algunos avances en la implementación de servicios de salud con pertinencia intercultural, sobre todo en el Primer Nivel de Atención, en los establecimientos de salud en ambos distritos no hay ninguna iniciativa sobre este punto. Señalan que en algunos momentos se han desarrollado capacitaciones sobre este tema, pero no hay una iniciativa orientada al fortalecimiento de capacidades interculturales ni lingüística del personal en servicio para que pueda brindar una mejor atención a la población indígena.

Por otro lado, no todo el personal de salud es indígena, por lo que se requiere contar con personal que hable la lengua o con traductores para atender a la población que es monolingüe. Está situación se agrava en el distrito de Purús, donde pese a la diversidad de pueblos, la mayoría del personal es mestizo y tiene algunas dificultades para interactuar con la población, quienes prefieren no acercarse, salvo cuestiones especificas, a los establecimientos de salud.

> "Hay algunos padres de familia, madres de familia, que no acuden al centro de salud. Hemos preguntado ¿por qué? Algunos centros de salud no tienen profesionales indígenas que estén laborando en centro de salud, solo mestizos trabajan y no pueden explicar su problema que tienen". (Líder indígena de Río Santiago).

Desarrollar un sistema de salud intercultural es complejo, por lo que es necesario formar profesionales indígenas, desde un enfoque que articule lo mejor de ambos sistemas médicos. Esto posibilitará que, al insertarse en el sistema de salud oficial, estos profesionales, irán incorporando desde dentro parámetros de trabajo diferentes, y así con el tiempo conseguirán modificar las estructuras rígidas y homogéneas del sector salud. Esta no es una tarea fácil, pero están tratando de hacer que la visión indígena intercultural de salud gane espacios en las políticas públicas actuales.

Sin embargo, como se mencionó en el punto sobre la oferta de salud en estos ámbitos, una gran limitante es la falta de presupuesto para la realización de este tipo de acciones. En la Microrred de Galilea del distrito de Río Santiago existe un Área de Asuntos Indígenas; sin embargo, dicha área no cuenta con personal ni tiene presupuesto asignado para el desarrollo de sus actividades. Tanto en las Redes de Salud Condorcanqui -en el caso del ámbito de Río Santiago- y Coronel Portillo -en el caso del ámbito de Purús-, así como en la DIRESA Amazonas y la DIRESA Ucayali, la situación es similar: cuentan con personal encargado de la Estrategia Sanitaria Nacional de Pueblos Indígenas, pero no disponen de presupuesto ni personal suficiente para el desarrollo de un plan de atención en salud intercultural. Esto se atribuye a la falta de voluntad política del Estado hacia las comunidades Indígenas. Por lo general, las acciones que realizan en estas áreas se dan con el apoyo de la cooperación internacional, quienes impulsan algunos proyectos e iniciativas en las zonas[22].

A diferencia del personal de salud, para quienes la vigencia de los sistemas de salud y la medicina indígena no resuelven todos los nuevos problemas de salud, para los indígenas hay enfermedades que solo pueden ser atendidas usando sus propios repertorios terapéuticos. En el contexto de pandemia, frente a la ausencia del Estado la eficacia de la medicina indígena para los indígenas ha cobrado mucha relevancia. Sin embargo, a diferencia del sector salud, el hecho de impulsar sus fortalecimientos, no implica el rechazo de la biomedicina pues se necesita del diálogo de saberes y conocimientos entre ambos sistemas médicos. En ese contexto, cabe la pregunta ¿De qué salud intercultural estamos hablando si los conocimientos indígenas no son considerados como válidos?

[22] En la zona funciona el Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú – Ecuador, que busca promover la cooperación mutua ente ambos países, a través de la realización de actividades que integren la región fronteriza y aceleren su desarrollo. Para más información ver https://planbinacional.org.pe/que-es-el-plan-binacional/

3.8. Necesidad de una política integral de salud de las fronteras

Al realizar una búsqueda sobre iniciativas orientadas a la atención de salud en zonas de frontera a nivel nacional, solo se ha encontrado una mención en el Decreto Supremo N° 005-2018-RE, que establece las acciones de desarrollo sostenible e integración para la atención prioritaria de las áreas críticas de frontera, el cual hace referencia, entre otros puntos, al cierre de brechas en el acceso a la salud. Asimismo, existen acuerdos bilaterales con algunos países fronterizos para desarrollar acciones de manera conjunta, mas no hay una política adicional.

Sin embargo, los funcionarios entrevistados en la Dirección Regional de Salud de Ucayali, la Dirección Regional de Salud de Amazonas, la Red de Salud Coronel Portillo y la Red de Salud Condorcanqui, así como el personal de salud de los distritos abordados desconocen de políticas o estrategias específicas para la atención en salud en las zonas de frontera.

Frente a este vacío en el marco normativo, los entrevistados señalan la importancia de contar con una política integral para la salud de zonas de frontera. Entre los principales puntos que debería considerar esta política destacan, además de los sueldos diferenciados para el personal de salud que labore en zonas de frontera, el diseño de un perfil específico de profesional de salud para estas zonas, el aumento de cantidad de profesionales de salud -lo que no implica una desvalorización del rol de los/as técnicos/as que laboran en estos ámbitos- y la presencia permanente de brigadas móviles, así como la mejora de condiciones de transporte para el acceso a los servicios de salud.

> "Esto que maneja el Estado de que por 30 niños una enfermera, por 60 gestante una obstetra, por 10 mil habitantes un médico no aplica para Purús, para un odontólogo 10 mil habitantes, esto no aplica. A eso me refiero cuando se debe manejar una política integral. No es lo mismo trabajar con provincias o distritos o comunidades indígenas de frontera, que ellos deben tener otro trato, aunque tengan 500 personas." (Ex funcionaria de la Red de Salud Coronel Portillo).

> "Aquí, en Condorcanqui, por la geografía deberían incrementar el presupuesto para el tema de equipamiento, el tema de contratación de profesionales en las 76 IPRESS. Creo que, como zona de frontera, nos merecemos eso, que al menos en cada establecimiento haya un profesional. No es justo que tengamos solo técnicos. Sabemos el buen trabajo que ellos realizan, pero sí debería haber profesionales. Creo que, en la zona andina, en un puesto de salud pequeñito, hay un profesional, ¿y por qué no en Condorcanqui?" (Funcionaria de la Red de Salud Condorcanqui).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

4.1.1 **No existe una política integral de salud en zonas de frontera**. Aunque el Ministerio de Relaciones Exteriores ha priorizado acciones para atender las necesidades básicas de las poblaciones en zonas de frontera, especialmente en las áreas críticas de frontera, en los distritos de Purús y de Río Santiago solo hay algunas iniciativas aisladas que no están articuladas con otros aspectos claves en los servicios de salud. En el sector salud se vienen impulsando algunas acciones para fortalecer la prestación de sus servicios en ambas zonas fronterizas, pero se dan principalmente en el contexto de la implementación de proyectos de la cooperación internacional, pues no hay una iniciativa o estrategia específica desde el sector público para estos contextos. Como se ha mencionado, en las zonas de fronterizas amazónicas viven pueblos indígenas. Si bien se identifica que esta población se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad, no se han planteado acciones para mejorar las condiciones de salud de está población, ni hay propuestas para adecuar los servicios sanitarios que se ofrecen en estas zonas a las caracteristicas culturales y linguisticas de está población.

4.1.2 **Hay una precariedad en la oferta sanitaria en las zonas de fronteras**. Los establecimientos de salud que están en ambas zonas de fronteras se caracterizan por tener una capacidad resolutiva básica, es decir, ofrecen prestaciones básicas. Estos establecimientos se caracterizan por su infraestructura limitada, la falta de insumos, medicamentos y personal de salud. Aunque hay una política para mejorar los salarios de los profesionales médicos y no médicos que trabajan en estas zonas, la alta rotación de personal es bastante alta, pues no se adaptan a las condiciones de vida y laborales de estas zonas. Quienes permanecen más tiempo en estos establecimientos de salud son los técnicos em salud, entre ellos los técnicos indígenas.

4.1.3 **Desde del MINSA hay una débil articulación intrasectorial para atender las necesidades en salud de la población indígena en las zonas de frontera**. Las autoridades sanitarias del nivel nacional y los responsables regionales y provinciales de las estrategias sanitarias desarrollan sus actividades de forma independiente, y no hay una coordinación permanente para la oferta de servicios pertinentes.

4.1.4 **Hay una carencia de información sobre la situación de salud de los pueblos indígenas y/o comunidades nativas en ambos distritos**. Solamente se cuenta con acceso a datos estadísticos de los distritos en general, mas no están desagregados por pertenencia étnica, en consecuencia, no se conoce la actual situación de salud de esta población ni su perfil epidemiológico. Sin embargo, en ambas zonas de fronteras se observa que la prevalencia y la tasa de ciertas enfermedades como dengue, anemia, desnutrición, enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas es mayor en esta población que la población nacional.

4.1.5 **Las organizaciones indígenas cumplen un papel importante en la atención en salud y en la transmisión de mensajes claves**. Esta situación se hizo más visible durante la pandemia de COVID-19, con el trabajo de las organizaciones para facilitar apoyar en la implementación de algunas medidas y facilitar el ingreso de las brigadas móviles en las comunidades nativas o con sus intervenciones para promover el proceso de vacunación. Sin embargo, se trata de un rol que vienen ejerciendo previamente.

4.1.6 **El contexto de pandemia ha hecho que el tema de salud vuelva a ocupar un punto importante dentro de la agenda política de las organizaciones indígenas**. En ese sentido, vienen demandando que el Estado cree espacios para garantizar su participación en la gestión y prestación de los servicios de salud, como un mecanismo para garantizar que se fortalezca la prestación de estos servicios, se respete los conocimientos indígenas y se brinde una atención intercultural en la práctica.

4.1.7 **La información que se difunde sobre el acceso a los servicios de salud o sobre las principales afecciones reportadas en la zona no es culturalmente pertinente**. Uno de los factores que influye en esta situación es la dificultad para realizar coordinaciones con el Ministerio de Cultura para que especialistas adscritos al Registro Nacional de Traductores e Intérpretes de Lenguas Indígenas traduzcan los contenidos elaborados en español. Otro es la diversidad de lenguas indígenas habladas en contextos como el distrito de Purús, en el que hay población de al menos 10 pueblos indígenas.

4.1.8 **Las políticas de salud intercultural que el sector ha elaborado no han sido implementadas en este contexto**. Una de las razones es que el personal de salud no está sensibilizado en el tema. Sin embargo, la principal es que estas políticas no cuentan con un presupuesto asignado para la ejecución de actividades. Asimismo, las unidades de las Direcciones Regionales de Salud, las Redes de Salud y las Microrredes de Salud encargadas de la salud de los pueblos indígenas tampoco cuentan con un presupuesto asignado, a diferencia de otras estrategias.

4.2. Recomendaciones

4.2.1. Fortalecer la oferta sanitaria en las zonas de frontera, a través de la implementación de los establecimientos de salud -lo que incluye el mejoramiento de su capacidad resolutiva, de su infraestructura y el equipamiento necesario-, el mejoramiento de las condiciones para las referencias y la contratación de profesionales de salud con un perfil específico para estas zonas. Es importante priorizar la contratación de profesionales con una formación intercultural y el manejo de alguna lengua indígena. En caso todo el personal sea monolingue se debería garantizar la contratación de interpretes y traductores. En las zonas con una presencia de varios pueblos, sería importante coordinar con las autoridades comunales para identificar quienes de la comunidad podrían asumir está función cuando se requiera de estos servicios.

4.2.2. Realizar o actualizar los estudios epidemiológicos sobre los pueblos indígenas de zonas de frontera para realizar intervenciones sanitarias diferenciadas. Asimismo, se debe

promover el registro de la pertenencia étnica en los sistemas de información en salud y sistematizar los principales indicadores en salud tomando en cuenta dicho criterio. La información producida por las actividades previamente mencionadas debe ser difundida entre actores como las organizaciones indígenas, que son las asumen el rol de la defensa de los derechos de los pueblos indígenas.

4.2.3. Desarrollar una estrategia comunicacional en salud para zonas de frontera, la cual considere las particularidades de estos ámbitos, tales como el acceso limitado a medios de comunicación masivo, la diversidad de lenguas indígenas habladas y los actores que intervienen en la difusión de mensajes. Esta estrategia debe considerar:

- El fortalecimiento de los medios ya existentes, como son las radios comunitarias.
- El desarrollo de piezas comunicacionales que aborden diferentes temas. Algunas preguntas claves para transmitir información sobre algunas enfermedades principalmente dengue, anemia, desnutrición, parasitosis, IRAS y EDAS, y la vacunación son: ¿qué es esta enfermedad?, ¿cómo se contagia?, ¿cómo se evita?, ¿qué sintomas tiene?, ¿qué hacer cuando se presentan estos sintomas? Y ¿cuáles son los efectos del consumo de medicamentos?
- La definición de ideas fuerza y mensajes claves para cada enfermedad, así como el público objetivo, quienes recibirán esta información e identificarán algunos actores claves que pueden apoyar en la transmisión de información, tales como los profesores, las autoridades comunales, los pastores evangélicos y los promotores de salud, ellos deberían recibir información para que apoyen en la transmisión de las ideas fuerza y los mensajes claves.
- El uso de recursos del Eduentretenimiento, que contribuirá a lograr la efectividad en la transmisión de mensajes.
- Al momento de diseñar las piezas comunicacionales y los materiales educativos se deben considerar las características socioculturales de cada uno de los pueblos indígenas del ámbito.

4.2.4. Se debe incorporar a las organizaciones indígenas en la gestión de los servicios de salud, no solo en el apoyo logístico para la planificación de actividades, sino también para participar activamente en la toma de decisiones sobre asuntos vinculados a los servicios de salud.

4.2.5. Se deben generar mecanismos para que la práctica la salud intercultural sea puesta en práctica. Ello pasa, en principio, por asignar un presupuesto para la implementación de políticas de salud intercultural y para las áreas de salud de pueblos indígenas en los diferentes niveles del sistema de salud. Este proceso está estrechamente vinculado con el punto anterior, ya que la participación de las organizaciones indígenas es imprescindible para alcanzar servicios de salud interculturales.

5. BIBLIOGRAFÍA

BROWN. 1984. Una paz incierta: Historia y Cultural de las comunidades aguarunas frente al impacto de la carretera marginal (2. a ed.). Lima, Perú.

CHAVEZ, Carmen; YON, Carmen; CARDENAS, Cynthia. 2015. El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDESEP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas. Lima: IEP, Instituto de Estudios Peruanos.

CHOCANO, Carlos. 2020. Presentación de la Política Nacional de Desarrollo e Integración Fronteriza. Estrategias para la Defensa.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 2015. La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Informe Nº 169.

DEFENSORIA DEL PUEBLO. 2021. Informe Nº 005-2021. Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas del departamento de Ucayali.

FLORES, Ximena. 2020. VIH/sida awajún: nociones y experiencias de enfermedad y daño en un contexto de epidemia en la Amazonia. En Anthropologica 38, pp. 235-266

GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS. 2016. Análisis de la Situación de Salud de la Región Amazonas, 2015.

GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS, DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS. 2021. Plan de Vacunación contra el COVID-19 en poblaciones indígenas.

GOBIERNO TERRITORIAL AUTONOMOMO WAMPIS. Pronunciamiento del 4 de agosto del 2020.

GRUPO DAM. 1979. DIAGNOSTICO PROVISIONAL PARA EL SECTOR SALUD. RIO CENEPA. En SALUD Y NUTRICIÓN EN SOCIEDADES NATIVAS (pp. 49-74). Iquitos: Centro de Investigación y Promoción Amazónica.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. 2018. III CENSO DE COMUNIDADES NATIVAS 2017. RESULTADOS DEFINITIVOS

MINISTERIO DE SALUD. 2002. Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Shipibo – Konibo.

MINISTERIO DE SALUD. 2009. Análisis de la Situación de Salud de la provincia Purús.

MINISTERIO DE SALUD. 2017. Análisis de la Situación de Salud del pueblo Nahua de Santa Rosa de Serjali en la Reserva Territorial Kugapakori Nahua Nanti y Otros.

MINISTERIO DE SALUD. 2021. Informe de Evaluación del Plan de Intervención del Ministerio de Salud para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonia peruana frente a la emergencia del COVID-19. Lima.

PLAN BINACIONAL DE DESARROLLO DE LA REGIÓN FRONTERIZA. 2020. Diagnóstico de las brechas sociales y de infraestructura de la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas.

REATEGUI, Juan. 2003. Articulación de conceptos y conocimientos indígenas. En HALVKOF, Soren. Sueños Amazónicos. Un programa de Salud Indígena en la Selva Peruana. Fundación Karen Elisen Jenses. Pp. 186 – 189.

RUI, Taniele; LINS, Isadora, FONSECA, Bernardo; ROSSI, Gustavo; ARRUTI, José. 2021. Antropologia e pandemia: escalas e conceitos. En Horizontes antropológicos, Porto Alegre, v. 27, nº 59, pp. 337 – 359.

TAVERA, Mario; MEDINA, Armando; MAYCA, Julio. 2017. Nivel de Cobertura y adherencia en el consumo de micronutrientes en los niños del distrito de Rio Santiago e Imaza. Informe realizado para la Organización Panamericana de la Salud.

UNICEF. 2014. Panorama de la situación de la niñez y adolescencia indígena en América Latina: El Derecho a la Salud y a la Alimentación en la Amazonía peruana.

VILAÇA, Aparecida. 2020. Morte na floresta. Editora Todavia. San Paulo.

Decreto Supremo Nº 017-2013-Rem que aprueba el Reglamento de la Ley Nº 29778 – Ley Marco para el Desarrollo e Integración Fronteriza.

Decreto Supremo Nº 005-2018-RE, que modifica los Anexos Nº 01 “Áreas críticas de frontera” y Nº II “Núcleos de Desarrollo e Integración” del Reglamento de la Ley Nº 29778.

Ley Marco para el Desarrollo e Integración Fronteriza, Ley Nº 29778

ANEXO 1: Ficha de recojo de información en ámbito local

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la persona:

Cargo:

Comunidad:

Distrito:

II. SITUACIÓN SANITARIA

1. ¿Cuáles son los principales factores que afectan la salud de la población?
2. ¿Cuándo se enferma a donde acude para atenderse?, ¿por qué?
3. ¿Cuáles son las principales enfermedades en la comunidad o en el distrito? Pedir que las mencione y las explique.
4. ¿Cómo se atienden estas enfermedades? Pedir ejemplos de cada una de las enfermedades.

III. SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD ESTATAL

5. ¿Dónde queda el establecimiento de salud más cercano?, ¿cuánto tiempo te demoras en llegar hasta el establecimiento?
6. ¿En qué situaciones y casos acudes al establecimiento de salud?
7. ¿Cómo es la atención que recibes en el establecimiento de salud?
8. ¿El personal de salud coordina alguna actividad con la comunidad? Se debe pedir que mencione algún ejemplo.

IV. INFORMACIÓN SOBRE COVID -19

9. ¿Qué es para ti el COVID-19?
10. ¿Cómo se vivió el COVID-19 en la comunidad?
11. ¿Cómo hicieron frente al COVID-19?
12. ¿Cómo atendieron a los pacientes que se contagiaron?
13. ¿El personal de salud ha realizado alguna actividad para informarle que es el COVID-19?

ANEXO 2: Guía de entrevista con funcionarios/as públicos

NOMBRE			
PROFESIÓN			
INSTITUCIÓN			
CARGO		TIEMPO EN EL CARGO	

1. ¿Cuáles son las funciones que desempeña?

2. ¿Desarrollan actividades específicas dirigidas a población en zonas de frontera? Si la respuesta es sí, ¿cuáles?

3. En materia comunicacional, ¿Cuáles son las principales formas de hacer llegar mensajes sobre salud a los pueblos indígenas?

4. ¿Cuál es la situación de los servicios de salud públicos en las zonas de frontera? Indagar por infraestructura, personal de salud y equipamiento.

5. ¿Hay otros actores que ofrecen servicios de salud en las zonas de frontera? Si la respuesta es sí, ¿qué actores? ¿qué servicios ofrecen?

6. ¿Cuáles son las principales enfermedades reportadas en a las zonas de frontera? ¿Se diferencian con las principales enfermedades a nivel regional?, si la respuesta es sí, ¿en qué?

7. ¿Y cuáles son los principales problemas de salud que afectan a las zonas de frontera? ¿Se diferencian con los principales problemas de salud a nivel regional?, si la respuesta es sí, ¿en qué?

8. ¿Cómo se vivió la pandemia de COVID-19 en las zonas de frontera? ¿Qué medidas de prevención se tomaron? ¿Se registraron casos positivos? ¿Se registraron muertes? ¿Cómo se está desarrollando el proceso de vacunación?

9. ¿Cuál es la situación actual en las zonas de frontera respecto al COVID-19?